

ARTIGO ORIGINAL

A idade da primeira gestação no Brasil: dados da pesquisa nacional de saúde

Age of first pregnancy in Brazil: data from the national health survey

Fábia Cheyenne Gomes de Moraes Fernandes¹, Emelyne Gabrielly de Oliveira Santos², Isabelle Ribeiro Barbosa³



¹Mestre em Saúde Coletiva. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Santa Cruz-RN, Brasil.

²Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN, Brasil.

³Doutora em Saúde Coletiva. Professora adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Santa Cruz-RN, Brasil.

Autor correspondente
nellynha_15@hotmail.com

Manuscrito recebido: Setembro 2018
Manuscrito aceito: Agosto 2019
Versão online: Outubro 2019

Resumo

Introdução: O padrão de fecundidade da população brasileira tem se modificado consideravelmente nas últimas décadas. As desigualdades socioeconômicas e culturais podem influenciar a idade da primeira gestação, e a identificação dessas desigualdades é um aspecto fundamental do monitoramento e avaliação das políticas de atenção à saúde das mulheres.

Objetivo: Analisar a idade das mulheres em sua primeira gestação e as características socioeconômicas relacionadas no Brasil.

Método: Estudo seccional que utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, analisando mulheres de 18 a 49 anos e sua idade na primeira gestação, categorizada por variáveis socioeconômicas.

Resultados: A Região Norte apresentou o maior percentual de gravidez para o estrato de 10 a 14 anos. A primeira gravidez na idade de 15 a 19 anos obteve os percentuais mais elevados para todas as regiões, com diferença significativa entre as regiões Norte e Sudeste. A região Sudeste obteve o maior percentual da primeira gravidez na idade de 30 a 39 anos. A primeira gravidez na idade de 15 a 19 anos foi significativamente maior entre as mulheres separadas; sem instrução; pardas e que residem em área rural. A primeira gravidez de 10 a 14 esteve associado ao maior número de partos que a mulher terá ao longo da vida, com maior prevalência de 5 a 9 partos.

Conclusão: No Brasil, uma grande proporção da primeira gestação ainda ocorre na adolescência. Os estados da região norte se destacam com menores médias de idade na primeira gestação, além desse evento estar relacionado às piores condições socioeconômicas.

Palavras-chave: gravidez; idade materna, saúde da mulher, desigualdades em saúde, epidemiologia.

Suggested citation: Fernandes FCGM, Santos EGO, Barbosa IR. Age of first pregnancy in Brazil: data from the national health survey. *J Hum Growth Dev.* 2019; 29(3):304-312. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.v29.9523>

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

Esse estudo foi realizado com o intuito de analisar a idade em que ocorre a primeira gravidez das mulheres brasileiras e seus fatores associados, partindo da hipótese de que, no Brasil, a predominância dos diferenciais econômicos manteria os níveis e padrões de fecundidade espacialmente desiguais. A identificação de desigualdades é um aspecto fundamental do monitoramento e avaliação das políticas de atenção à saúde das mulheres.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

A partir da análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, foi constatado que a idade da primeira gestação no Brasil concentra-se abaixo dos 29 anos de idade, uma destacada proporção de gestações na faixa etária de 30-39 anos. Porém, nas regiões mais pobres do país, o início da gestação se dá nas faixas etárias precoces. Mulheres que tiveram gestações precoces relataram maior número de partos ao longo da vida, além de estar relacionada às piores condições de vida.

O que essas descobertas significam?

Os achados demonstram que a gravidez na adolescência ainda é um fato recorrente nas regiões mais pobres do país, porém comprovou-se também um aumento das primeiras gestações em idades tardias, outra situação de risco à vida materna e neonatal, o que requer uma adequação da assistência à gestação desses extremos de idade, com melhores orientações de planejamento familiar e pré-natal e abordagem efetiva das situações de risco.

INTRODUÇÃO

A mudança do comportamento da fecundidade na América Latina, iniciada no final do século XX, abrange uma série de fatores globais que condicionaram o tamanho final da prole¹. Dentre estas mudanças, destacam-se as mudanças sociais pelas quais as mulheres vem processando, a partir da ruptura com o clássico e exclusivo papel social que lhes era atribuído pela maternidade, introduzindo-se no mercado de trabalho e ampliando suas aspirações de cidadania. Controlar a fecundidade e praticar a anticoncepção passaram a ser aspirações das mulheres, assim como a vivência plena da sexualidade, desvinculando a maternidade do desejo e da vida sexual, resultando na diminuição do número de filhos por mulher².

No Brasil, ao longo da década de 1960 e das décadas seguintes, foram observadas constantes reduções nas taxas de fecundidade, o que marcaria o início de novas modificações na estrutura demográfica do país³. A taxa de fecundidade no Brasil passou de 6,2 filhos por mulher, nos anos 1940; para 5,8, em 1970. Já no ano de 2004, a taxa de fecundidade no Brasil atingiu o nível de reposição populacional, com a média de 2,1 filhos por mulher⁴⁻⁶. Uma pesquisa indicou que a fecundidade no país estaria em torno de 1,8 no quinquênio 2002-2006⁷.

Nos países desenvolvidos, onde o processo de transição demográfica já se encontra bem estabelecido, é possível constatar o impacto desse processo no perfil de idade na primeira gestação. A partir dos dados apresentados no Censo 2011 do *Office for National Statistic* (Londres e País de Gales, Reino Unido), 56% dos nascimentos ocorrem com idade materna de 25-34 anos e 24% representam os nascimentos de mães mais jovens, com menos de 25 anos; em 2011 a idade média padronizada de todas as mães que deram à luz foi de 29,7 anos, enquanto a média de idade padronizada das mulheres que tiveram o primeiro filho em 2011 foi estimada em 27,9 anos⁸.

No ano de 2000, no Brasil, aproximadamente 10% de todos os nascimentos ocorreram em mulheres com 35 anos ou mais. Nos Estados Unidos entre 1991-2001, a porcentagem de mulheres que tiveram sua primeira gestação aos 35-39 anos aumentou em 36% e aos 40-44 anos em 70% o que equivale a aumentode 3%-4% ao ano. Na Suécia a média da idade da mulher na primeira gestação em 1973 era de 24 anos, passando em 2003 para

28 anos. A porcentagem de primíparas acima de 35 anos neste mesmo período aumentou de 2% para 10%. No Japão a idade materna passou de 25.6 para 28 anos entre 1970 a 2009⁹.

No Brasil espera-se uma concentração dos nascimentos em torno de um pequeno intervalo etário (cada vez mais velho), embora ainda permaneçam altas taxas de fecundidade entre as adolescentes. Esse quadro reflete um problema de saúde pública, de aspecto complexo e multifatorial, já que as desigualdades socioeconômicas e culturais podem influenciar distintos padrões de fecundidade na população brasileira^{10,11}.

A gravidez precoce está relacionada a complicações na gestação, parto e puerpério. Além das repercussões psicossociais, como o fato de assumir novas responsabilidades, cuidar de uma família, reduz as chances de continuidade dos estudos e por conseguinte, as oportunidades de obter um trabalho melhor qualificado e remunerado, mais exigente com a escolaridade, capacitação e habilidades profissionais e, portanto, mais distante do alcance de populações econômica e intelectualmente menos favorecidas^{11,12}. Estudos que analisam a gravidez na adolescência demonstram maior reincidência de gravidez até dois anos após o término de uma gestação na adolescência, e que em geral, estas adolescentes apresentavam total dependência financeira, renda familiar até um salário mínimo, que referiam aborto prévio e possuíam baixa escolaridade¹⁰.

Em contraste, a tendência de aumento da incidência das gestações tardias, no Brasil e no mundo. Dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) revelam que no ano de 2000, do total de nascidos vivos, 8,6% eram de provenientes de gestações tardias, já no ano de 2014, esse número se eleva para 12,2%¹³. Ressalta a atenção para as complicações obstétricas com maior risco de morbimortalidade materna¹⁴. Mulheres com idade superior a 35 anos apresentam maior frequência de resultados perinatais adversos quando comparadas com as mulheres com idade inferior, com destaque para a prematuridade, baixo peso ao nascer, hipertensão/pré-eclâmpsia, e índice de Apgar baixo¹³. Por outro lado, mulheres com mais de 35 anos podem usufruir de um nível socioeconômico mais elevado, bem como dispor de condições comportamentais

e emocionais mais estáveis, características essenciais para uma boa gestação¹⁵.

Sabe-se que os aspectos econômicos e atributos culturais determinam o comportamento reprodutivo das populações. No Brasil, a predominância dos diferenciais econômicos manteria os níveis e padrões de fecundidade espacialmente desiguais².

Diante do cenário de organização social e transição demográfica no Brasil, na perspectiva de abordar o fenômeno gravídico, a identificação de desigualdades é um aspecto fundamental do monitoramento e avaliação das políticas de atenção à saúde das mulheres. Assim, o objetivo é analisar a idade em que ocorre a primeira gravidez das mulheres brasileiras e seus fatores relacionados.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo seccional¹⁶ descritivo com dados oriundos da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - PNS 2013, realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e a Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz). A população-alvo da pesquisa foi constituída por moradores adultos (≥ 18 anos de idade), residentes em domicílios particulares de todo o território nacional, excluídos os setores censitários especiais (quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos e hospitais).

O tamanho da amostra foi definido considerando-se o nível de precisão desejado para as estimativas de alguns indicadores de interesse. O tamanho mínimo definido para a amostra foi de 1.800 domicílios por Unidade Federativa. A PNS sorteou um total de 81.187 domicílios, sendo selecionado um indivíduo por domicílio. Após o encerramento da coleta, foram realizadas entrevistas em 64.348 domicílios, o que resultou em uma taxa de não resposta de 8,1%.

O plano amostral empregado foi o de amostragem por conglomerados em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem. Os setores censitários ou conjunto de setores formam as unidades primárias de amostragem (UPA), os domicílios representam as unidades de segundo estágio, e os moradores adultos definem as unidades de terceiro estágio.

Foram definidos pesos amostrais para as UPAs, para os domicílios e todos os seus moradores, e o peso para o morador selecionado. Este último foi calculado considerando-se o peso do domicílio correspondente, a probabilidade de seleção do morador, ajustes de não resposta por sexo e calibração pelos totais populacionais por sexo e classes de idade, estimados com o peso de todos os moradores.

Todas as considerações sobre o plano amostral, as ponderações e os efeitos do delineamento da PNS podem ser obtidas em publicações anteriores¹⁷.

O questionário da PNS foi dividido em módulos, que contemplam características do domicílio, de todos os moradores (escolaridade, renda, trabalho, pessoas com deficiências, cobertura de planos de saúde, utilização de serviços de saúde, saúde de crianças menores de dois anos, saúde dos idosos) e do morador adulto selecionado

(estilos de vida, percepção do estado de saúde, acidentes e violências, doenças crônicas, saúde da mulher, atendimento pré-natal, saúde bucal e atendimento médico).

Através do Módulo R, a PNS abordou o tema “Saúde da Mulher”, incluindo perguntas sobre exames preventivos, história reprodutiva e planejamento familiar. As questões de interesse do presente estudo estão relacionadas à idade média que tinham as mulheres de 18 a 49 anos de idade quando tiveram a primeira gravidez. Para efeito da presente pesquisa, a variável analisada foi: “Com que idade a Sra. teve a sua primeira gravidez?”, que responderam positivamente ao questionamento: “Durante a sua vida, a Sra. já ficou grávida (mesmo que a gravidez não tenha chegado até o final)?”, sendo excluídos da pesquisa os casos em que a resposta à questão foi “Não Sabe” e “Não aplicável – moradoras com 50 anos ou mais de idade ou que nunca estiveram grávidas”. A variável “idade da primeira gestação” foi dividida em 5 categorias: “De 10 a 14 anos”, “De 15 a 19 anos”, “De 20 a 29 anos”, “De 30 a 39 anos”, “De 40 a 49 anos”.

As variáveis estudadas foram descritas segundo as seguintes variáveis sociodemográficas: Macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste), Unidades da Federação (26 estados e o Distrito Federal), nível de instrução (sem instrução/fundamental incompleto; fundamental completo/médio incompleto; médio completo/superior incompleto e superior completo); raça/cor da pele (branca; preta; amarela e parda); estado civil (solteira; casada; separada; divorciada e viúva); local de residência (urbano e rural); número de partos (nenhum parto; 1 parto; 2 partos; 3 partos; 4 partos; de 5 a 9 partos e com 10 ou mais partos).

O presente estudo avaliou os dados da PNS que estavam disponíveis no site do DATASUS18 e as análises foram realizadas entre Abril e maio de 2017. Os dados foram apresentados a partir de valores de proporções, média e intervalo de confiança a 95%. As diferenças significativas foram observadas a partir da comparação entre os intervalos de confiança das proporções observadas.

O projeto da Pesquisa Nacional de Saúde foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) no dia 8 de julho de 2013, sob o no 10853812.7.0000.0008. O presente trabalho trata-se de uma pesquisa que utilizou dados secundários disponíveis em sites oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, sendo dispensado de apreciação em comitê de ética em pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

■ RESULTADOS

A análise da idade da primeira gravidez por regiões do Brasil aponta que a Região Norte apresenta o maior percentual de gravidez para o estrato de 10 a 14 anos 5,44% (IC95% 4,27-6,62). A primeira gravidez na idade de 15 a 19 anos obteve os percentuais mais elevados para todas as regiões, com diferença significativa entre as regiões Norte (52,86%; IC95% 50,24-55,48) e Sudeste (39,06% IC95% 36,40-41,73). A região Sudeste (8,65%; IC95% 7,33-9,97) apresentou o maior percentual da primeira gravidez na idade de 30 a 39 anos, sendo menor na região Norte (3,2%; IC95% 2,33-4,06), como apresentado na Figura 1.

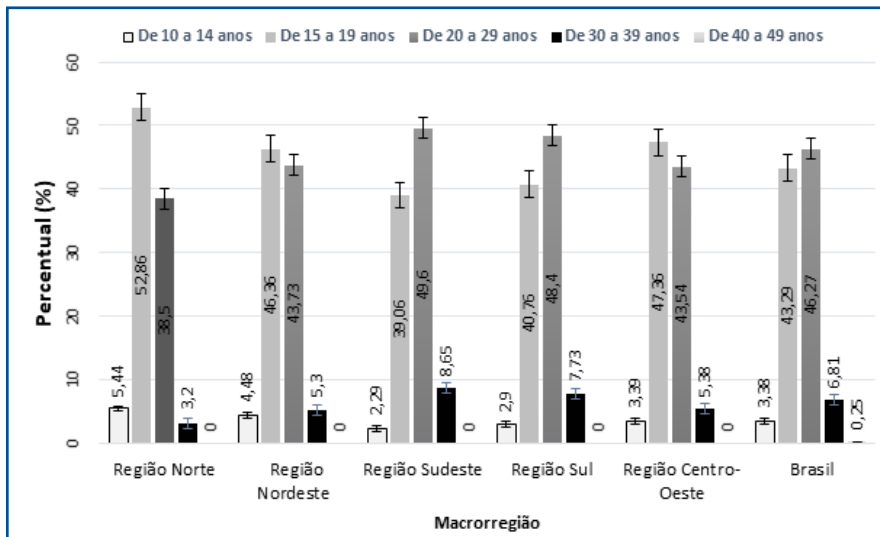


Figura 1: Percentual da primeira gravidez por estratos de idade nas Regiões do Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

*Nota: as hastes representam os intervalos de confiança de 95% dos percentuais apresentados.

A idade média da primeira gravidez por Unidade de Federação foi significativamente menor nos estados do Acre (IC95% 18,6-19,3), Roraima (IC95% 18,6-19,6) e Amapá (IC95% 18,8-19,7), pertencentes à Região Norte do Brasil. E apenas seis estados apresentaram a idade da

primeira gravidez acima da média nacional, como Paraná (IC95% 20,5-21,9), Rio de Janeiro (IC95% 21,1-21,9), Minas Gerais (IC95% 21,1-22,4), São Paulo (IC95% 21,5-22,3), Rio Grande do Sul (IC95% 21,4-22,6) e Distrito Federal (IC95% 21,7-22,9) (Figura 2).

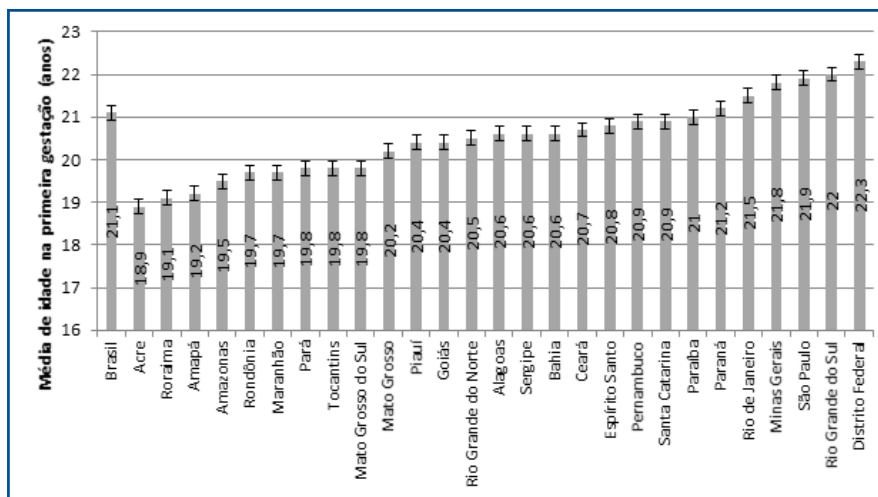


Figura 2: Idade média da mulher na primeira gravidez por Unidade de Federação. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

*Nota: as hastes representam os intervalos de confiança de 95% dos valores apresentados.

A Tabela 1 apresenta o percentual da primeira gravidez por estratos de idade de acordo com os fatores sociodemográficos. A prevalência da primeira gravidez foi significativamente maior na idade de 20 a 29 anos entre as mulheres casadas (53,25%; IC95% 51,20-55,31); nos dois níveis de instrução mais elevados (57,01% com ensino superior completo IC 95% 53,04-60,97; e 55,94% com nível médio completo e superior incompleto IC 95% 53,73-58,15), na raça-cor da pele branca (50,83%; IC95% 48,62-53,04) e que residem em área urbana (47,14%; IC95% 45,62-48,67).

Para a idade de 15 a 19 anos, a prevalência da primeira gestação nessa faixa etária foi significativamente maior entre as mulheres separadas (52,16%; IC95% 42,05-62,26); nos dois níveis de instrução mais baixos

(56,46% sem instrução/fundamental incompleto IC95% 54,20-58,73; e 51,72% com fundamental completo e médio incompleto IC95% 48,63-54,81); na raça-cor parda (48,88%; IC95% 47,04-50,72) e que residem na área rural (50,19%; IC95% 47,25-53,13).

Na tabela 2, os resultados revelam que o início precoce da gestação está associado ao maior número de partos que a mulher terá ao longo da vida. O percentual de número de partos por estratos de idade indica que a primeira gravidez com 10 a 14 anos apresentou a maior prevalência de 5 a 9 partos (20,7%; IC95%15,13-26,3). Já a ocorrência de um parto foi mais elevada quando a primeira gravidez ocorreu entre os 30 a 39 anos (65,1%; IC95% 60,8-69,4).

Tabela 1: Percentual da primeira gestação por estratos de idade segundo variáveis sociodemográficas. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013.

Variables	10 to 14 years	15 to 19 years	20 to 29 years	30 to 39 years	40 to 49 years
	CI 95% ^a	CI 95% ^a	CI 95% ^a	CI 95% ^a	CI 95% ^a
Estado civil					
Casada	1,96 (1,44-2,58)	36,04 (33,99-38,08)	53,25 (51,20-55,31)	8,47 (7,44-9,50)	-
Separada	-	52,16 (42,05-62,26)	40,58 (31,38-49,77)	-	-
Divorciada	2,22 (1,06-3,38)	39,43 (33,78-45,09)	48,95 (43,23-54,67)	9,35 (5,55-13,15)	-
Viúva	-	50,91 (41,71-60,12)	42,26 (33,27-51,26)	-	-
Solteira	5,29 (4,42-6,16)	51,15 (49,19-53,10)	38,47 (36,50-40,44)	4,82 (4,07-5,58)	-
Nível de instrução					
Sem instrução/ fundamental incompleto	6,91 (5,80-8,01)	56,46 (54,20-58,73)	33,08 (30,92-35,25)	3,38 (2,66-4,10)	-
Fundamental completo/ médio incompleto	2,77 (2,01-3,53)	51,72 (48,63-54,81)	41,72 (38,60-44,83)	3,76 (2,77-4,74)	-
Médio completo /superior incompleto	1,69 (1,13-2,26)	35,5 (33,35-37,64)	55,94 (53,73-58,15)	6,58 (5,67-7,49)	-
Superior completo	-	21,65 (18,09-25,22)	57,01 (53,04-60,97)	20,3 (17,2-23,3)	-
Cor ou raça					
Branca	2,46 (1,84-3,08)	37,06 (34,80-39,32)	50,83 (48,62-53,04)	9,18 (7,98-10,39)	-
Preta	4,72 (3,13-6,31)	45,34 (40,81-49,86)	44,52 (40,23-48,81)	5,28 (3,63-6,93)	-
Amarela	-	36,65 (22,49-50,81)	41,07 (26,41-55,73)	-	-
Parda	3,96 (3,34-4,58)	48,88 (47,04-50,72)	49,77 (34,89-64,65)	4,66 (4,04-5,27)	-
Local de Residência					
Urbano	3,1 (2,63-3,58)	42,14 (40,55-43,73)	47,14 (45,62-48,67)	7,34 (6,62-8,06)	0,28 (0,14-0,42)
Rural	5,06 (4,00-6,12)	50,19 (47,25-53,13)	41,02 (37,87-44,18)	3,64 (2,71-4,57)	-

^aIC 95%: Intervalo de Confiança a 95%.

Tabela 2: Percentual do número de partos por estratos de idade da primeira gestação. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013.

Variáveis	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
	IC 95% ^a	IC 95% ^a	IC 95% ^a	IC 95% ^a	IC 95% ^a
Número de partos					
Nenhum	-	2,13 (1,57-2,69)	4,92 (4,09-5,74)	8,24 (5,84-10,64)	-
1 parto	10,6 (6,75-14,50)	21,9 (20,26-23,54)	38,49 (36,47-40,51)	65,1 (60,8-69,4)	-
2 partos	19,6 (14,9-24,4)	32,03 (30,05-34,01)	37,49 (35,62-39,36)	23,6 (19,6-27,6)	-
3 partos	31,0 (25,0-37,1)	23,6 (21,87-25,33)	13,1 (11,75-14,44)	2,29 (1,30-3,29)	-
4 partos	13,3 (9,54-17,1)	10,04 (8,89-11,18)	3,71 (2,89-4,53)	-	-
De 5 a 9 partos	20,7 (15,13-26,3)	9,63 (8,49-10,78)	2,23 (1,65-2,82)	-	-
Com 10 ou mais	-	0,68 (0,34-1,01)	-	-	-

^aIC 95%: Intervalo de Confiança a 95%.

DISCUSSÃO

Este estudo constatou que a idade da primeira gestação no Brasil concentra-se na faixa etária dos 15 aos 29 anos de idade. Destacam-se as grandes diferenças regionais: nas regiões mais pobres do país, o início da gestação se dá nas faixas etárias precoces; já nas regiões mais desenvolvidas, a idade da primeira gestação está na faixa dos 20-29 anos, com elevados percentuais de gestações entre 30-39 anos.

O início precoce do processo reprodutivo, caracterizado por um padrão de fecundidade com taxas relativamente altas para mulheres menores de 20 anos, diante da redução da taxa de natalidade no Brasil, foi

constatado para as coortes de 15 a 19 anos na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 2006, o que foi considerado um mecanismo de “compensação”, pois uma elevada fecundidade entre adolescentes faria com que nas demais idades, as taxas fossem extremamente baixas, para manter ao final um pequeno número de filhos⁷.

O Brasil encontra-se entre os 10 países com maior prevalência de gravidez entre adolescentes em termos absolutos, no mundo. Nas últimas décadas, a taxa total de fecundidade reduziu marcadamente, de 6,3 filhos por mulher no início dos anos 1960 para 1,8 por mulher em 2002-2006. Entretanto, a redução da fecundidade tem sido mais lenta entre adolescentes, em relação às adultas, nas mesmas condições de vida, sendo que, em 2006, 39 em

cada 1.000 mulheres com idade entre 10-19 anos tiveram filhos em 2006, o que significou uma discreta redução em relação a 45 por 1.000 em 1996; enquanto que entre aquelas da faixa de 10 a 14 anos houve um discreto aumento, de 3 para 4 nascimentos por 1.000 mulheres, no mesmo período¹⁹.

No Brasil em 1984, a idade média do início da vida sexual era aos 16 anos, entre as mulheres de 16 a 19 anos de idade. Já em 1998, a idade mediana verificada diminuiu para 15 anos. Além disso, o número de adolescentes do sexo masculino que teve a primeira relação sexual até os 14 anos de idade foi 35,2%, em 1984, ao passo que, em 1998, esse percentual subiu para 46,7%. No tocante a estimativa de mulheres que tiveram a primeira relação sexual antes dos 14 anos praticamente dobrou, entre 1984 e 1998 (13,6% e 32,3%, respectivamente²⁰. Consoante ao fenômeno, a antecipação do início da vida sexual reprodutiva parece estar relacionada ao baixo nível de escolaridade e a não adesão aos métodos anticoncepcionais e, conseqüentemente, ao surgimento da primeira gravidez²¹.

Nos países que apresentavam dados estatísticos completos, a taxa de gravidez entre as adolescentes de 15 a 19 anos foi mais alta nos Estados Unidos (57 gravidezes por 1.000) e a menor taxa na Suíça (8 por 1.000). Para as adolescentes de 10 a 14 anos, a menor taxa de gravidez ocorreu na Suíça (0,09 por 1.000) e a maior foi na Hungria (1,19 gestações por 1.000) e nos Estados Unidos (1,08 por 1.000)²².

No Brasil em 2011, ¼ dos nascimentos ocorreu entre meninas menores de 19 anos, com maior percentual para as menores de 15 anos. Os maiores índices correspondiam às regiões Norte, 1,6% na faixa etária de 10 a 14 anos e 25 % aos 15 a 19 anos, e Nordeste, 1,3% na faixa etária de 10 a 14 anos e 21 % aos 15 a 19 anos²³ confirmando a maior prevalência de gravidez na adolescência nas regiões consideradas mais pobres do país.

Em um estudo realizado na maternidade em João Pessoa/PB, em 2014, com o objetivo de conhecer as características epidemiológicas de 400 puérperas, os autores relataram que a prevalência da gestação foi de 9,75% na faixa etária entre 12 e 14 anos, 34% para 15 e 17 anos, 23,25% entre 18 e 20 anos e 33% em mulheres de 20 anos ou mais; a precocidade da gestação esteve associado a procedência da zona urbana e ao baixo nível de escolaridade da gestante²⁴.

Ao analisar as disparidades interurbanas no município de São Carlos (SP) através do georreferenciamento, reforça a gestação na adolescência como um fenômeno de reprodução social, com correlação espacial entre a prevalência da gestação na adolescência e as áreas de maior vulnerabilidade social, indicando que a educação, o trabalho, as relações de gênero são as principais vulnerabilidades sociais nesse território, além de estarem relacionados a morbimortalidade infantil²⁵.

No estudo de caso-controle em nove cidades das 5 regiões brasileiras, verificou que a pobreza por si só não é um determinante para a gravidez na adolescência, mas sim o resultado de uma combinação de múltiplas variáveis. Nesse estudo, a gravidez na adolescência esteve associada a ser casado/união estável, o parceiro como o provedor da

família, idade da primeira relação sexual, uso de métodos contraceptivos, repetição e expulsão escolar, consumo de álcool e drogas, relações familiares precárias e maior frequência de eventos negativos da vida²⁶.

Quando analisamos os fatores sociodemográficos associados à idade da ocorrência da primeira gestação, a associação da idade entre 20-29 anos e estado civil casada foi semelhante no estudo de Coelho *et al.*²⁷, que avaliou mulheres grávidas quanto ao planejamento da gestação, tendo o predomínio de mulheres com idade média de 24 anos e casadas/união estável (67%); este estudo constatou que entre as mulheres que possuíam idade inferior a 20 anos, destacaram-se aquelas que não planejaram a gravidez (30,7%), que tiveram duas vezes superior à planejada (14,1%). Já para aquelas com 20 anos e mais, o maior percentual foi entre as que planejaram a gestação (85,9%).

A menor escolaridade entre as mulheres que engravidaram na adolescência também foi observada no estudo que avaliou adolescentes grávidas de uma coorte prospectiva de 2005 a 2007 na região oeste de São Paulo. Os autores ressaltam que a educação é um proxy para o nível socioeconômico ao longo da vida e a gravidez pode interromper escolaridade. E uma possível explicação para a gravidez entre as adolescentes com menor escolaridade e condições socioeconômicas desfavoráveis é o difícil acesso aos serviços de informação e de saúde e, conseqüentemente, aos métodos contraceptivos²⁸.

Observamos também que entre as adolescentes que engravidaram, predominou o estado civil 'separadas'. Esse achado pode estar relacionado ao insucesso da situação conjugal nessa faixa etária, evidenciando o casamento cada vez mais precoce. Furtado *et al.*²⁹ constatou na pesquisa sobre a assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil, que 77,6% das participantes entre 12 e 24 anos referiram ter laços conjugais, como também escolaridade de até o ensino fundamental (54,6%) e pertencer às classes econômicas mais baixas (50,7%).

Em relação à cor da pele das adolescentes que engravidam a maior prevalência de não brancas entre as que engravidam mais cedo é corroborada pela pesquisa que avaliou as puérperas na região Sudeste do Brasil segundo a cor, com dados do inquérito nacional Nascer no Brasil em 2011-2012. Essa pesquisa constatou maior proporção de mulheres na faixa etária de 12 a 19 anos entre as de cor parda (18,6%) e cor preta (18,4%), além de diferenças desfavoráveis às pretas e pardas quanto à escolaridade, renda e ao trabalho remunerado. Os autores destacaram também que, apesar da década inclusiva, ainda persistem diferenças importantes nas características sociodemográficas, no acesso e na qualidade da assistência prestada às mulheres no período gravídico puerperal, em termos de desigualdades raciais³⁰.

O nosso estudo apresentou uma destacada proporção de gestações na faixa etária de 30-39 anos, o que está de acordo com a tendência mundial de adiamento da maternidade. O Ministério da Saúde considera gestação de alto risco nas gestantes com idade igual ou superior a 35 anos, denominadas como tardias ou em idade avançada, sendo mais suscetíveis a desenvolver complicações durante a gravidez³¹.

Entretanto, as mulheres que planejam ter uma gestação em idade avançada percebem-se maduras e preparadas tanto nos aspectos financeiros como nos psicológicos para conceber. Revelam ter esperança nos resultados favoráveis durante a gestação, mesmo com a insegurança da falta de informações sobre os riscos gestacionais e o desconhecimento de sinais e sintomas desses riscos e apesar de sentirem-se pouco cuidadas pelos profissionais de saúde nesse período. Sentem-se realizadas com essa nova fase da vida, porém com a necessidade de reorganizar as atividades diárias e da família³².

O elevado número de partos ao longo da vida associado ao início precoce da gestação foi evidenciado nesta pesquisa. A reincidência da gravidez na adolescência está comprovada no estudo de Nery *et al.*¹⁰ que investigou 639 mulheres de 17 a 22 anos, no Piauí, com 87,9% referindo a primeira gestação entre 15 e 19 anos, apresentando a prevalência de reincidência de gravidez, no período de dois anos após o término de uma gestação, de 25,9% na capital e de 35,4% no interior.

Uma revisão sistemática com metanálise aponta que o uso de contracepção, principalmente contraceptivos de ação prolongada reversíveis, reduzem consideravelmente o risco de gravidez precoce repetida. Fatores relacionados com a educação, que incluía maior nível de escolaridade e continuação na escola são considerados protetores a reincidência da gravidez. Por outro lado, a depressão e a história de aborto, aumentam o risco de gravidez repetida na adolescência³³.

Algumas limitações devem ser observadas na apreciação dos resultados aqui apresentados, quanto à validade e à reprodutibilidade dos indicadores apresentados, apesar deste estudo ser conduzido pela Pesquisa Nacional de Saúde, com comprovada validade metodológica, trata-se de informações autorreferidas pelos entrevistados, sendo possível ocorrer diferenças na compreensão dos entrevistados, viés de recordatório, sub ou superestimação dos valores referidos. Além disso, o

tema está envolto em questões de cunho ético, moral e cultural, e esses fatores exercem forte influência sobre a resposta. Todavia, os inquéritos populacionais nos oferecem amostras representativas da população de todas as regiões do país, podendo servir para comparação destes resultados com o de outros países, além de embasar a organização de políticas públicas voltadas à minimização do problema.

Os achados do presente estudo são particularmente importantes, pois aborda um importante aspecto da caracterização da transição demográfica brasileira. Mostram também que a elevada fecundidade na adolescência no Brasil tem dimensões mais amplas, e para seu enfrentamento e obtenção de resultados mais eficientes, seriam necessárias ações que incrementem ou otimizem os recursos na compensação de diferenças sociais prévias, transcendendo o setor saúde, requerendo práticas e saberes intersetoriais. A partir dos achados do presente estudo foi possível apresentar as disparidades regionais e sociodemográficas em relação à idade da primeira gestação, com maior prevalência de gestações precoces nas regiões consideradas pobres, o que pode refletir um menor acesso à educação e assistência à saúde, além do fator cultural do casamento precoce e do desejo de ter filhos.

A gravidez na adolescência é um fenômeno humano e social em diferentes culturas, com aumento do risco relacionado à dependência física, emocional, econômica e social dessas meninas. Como também, um risco maior de violência, em todas as suas formas, associada à falta de autonomia dessas mães em tomar suas próprias decisões. Representa uma questão de gênero e vulnerabilidade que reflete todos os tipos de desigualdade. Os resultados desse estudo descrevem também um aumento das primeiras gestações em idades tardias, outra situação de risco à vida materna e neonatal, o que requer uma adequação da assistência à gestação desses extremos de idade, com melhores orientações de planejamento familiar e pré-natal e abordagem efetiva das situações de risco.

■ REFERÊNCIAS

1. Wong LLR, Bonifácio GM. Retomada da queda da fecundidade na América Latina. Evidências para a primeira década do século XXI. *Rev Latinoamericana Población*. 2009; 3(4-5):93-121.
2. Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2006;6(1):75-84. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000100009>
3. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a *Epidemiologia e Serviços de Saúde* revisita e atualiza o tema. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21(4):529-32. DOI: <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e pesquisas. Informações demográficas e socioeconômicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
5. Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(5):955-64. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500014>
6. Closs VE, Schwanke CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(3):443-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300006>
7. Brasil. 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, 2009.

8. Office for National Statistics. Live Births in England and Wales by Characteristics of Mother 1 Statistical bulletins. [cited 2019 May 28] Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/livebirthsinenglandandwalesbycharacteristicsofmother1/previousReleases>
9. Takagi MM, Jorge SRPF, Rodrigues LP, Yamano LM, Piato S, Aoki T. Resultados perinatais em gestantes acima de 35 anos. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2010;55(3):108-14.
10. Nery IS, 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):671-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400009>
11. Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia*. 2010;20(45):123-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2010000100015>
12. Yazlle MEHD. Gravidez na adolescência. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(8):443-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000800001>
13. Alves NCDC, Feitosa KMA, Mendes MES, Caminha MDFC. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(4):e2017-0042. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0042>
14. Gonçalves ZR, Monteiro DLM. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *Femina*. 2012;40(5):275-9.
15. Lopes MN, Dellazzana-Zanon LL, Boeckel MG. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea ea maternidade tardia. *Temas Psicol*. 2014;22(4):917-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-18>
16. Zangirolami-Raimundo J, Echeimberg JO, Leone C. Research methodology topics: cross-sectional studies. *Journal of Human Growth and Development*. 2018;28(3):356-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>
17. Souza-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):207-16. DOI: <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003>
18. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). [cited 2019 May 28] Available from: <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=1>
19. Santos N LDAC, Costa MCO, Amaral MTR, Vieira GO, Bacelar EB, Almeida, AHDVD. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(3):719-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.18352013>
20. Queiroga KRO, Farias MCAD, Casimiro GS, Nascimento ARS, Maia PCGGS, Abrantes KSM, et al. What is and how can be explained pregnancy in adolescence. *J Hum Growth Dev*. 2014;24(2):142-9. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.81013>
21. Rosa AJ, Reis AOA, Tanaka ADA. Gestações sucessivas na adolescência. *J Hum Growth Dev*. 2007;17(1):165-72. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.19825>
22. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *J Adolesc Health*. 2015;56(2):223-30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.007>
23. Rede Nacional da Primeira Infância (RNPI). Primeira infância e gravidez na adolescência. Fortaleza: Instituto da Infância, 2015.
24. Toscano MM, Paiva CSM, Nunesmaia HGS. Características epidemiológicas das puérperas internadas em maternidade pública de João Pessoa no ano de 2014. *Rev Fund Care Online*. 2017;9(2):503-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.503-509>
25. Ferreira RA, Ferriani MGC, Mello DF, Carvalho IP, Cano MA, Oliveira LA. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(2):313-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200010>
26. Diniz E, Koller SH. Factors Associated with Pregnancy among Low-Income Brazilian Adolescents. *Paidéia*. 2012;22(53):305-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300002>
27. Coelho EAC, Andrade MLS, Vitoriano LVT, Souza JJ, Silva DO, Gusmão MEN, et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):415-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300015>
28. Faisal-Cury A, Tabb KM, Niciunovas G, Cunningham C, Menezes PR, Huang H. Lower education among low-income Brazilian adolescent females is associated with planned pregnancies. *Int J Womens Health*. 2017;9:43-8. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S118911>

29. Furtado EZL, Gomes KRO, Gama SGN. Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005396>
30. Diniz CSG, Batista LE, Kalckmann S, Schlitz AOC, Queiroz MR, Carvalho PCA. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). *Saúde Soc*. 2016;25(3):561-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162647>
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestão de alto risco: manual técnico*. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
32. Aldrighi JD, Wall ML, Souza SR, Cancela FZ. The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):512-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400019>
33. Maravilla JC, Betts KS, Cruz CCE, Alati R. Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(5):527-45.e31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.021>

Abstract

Introduction: The fertility pattern of the Brazilian population has changed considerably in recent decades. Socioeconomic and cultural inequalities can influence the age of first pregnancy, and the identification of these inequalities is a key aspect of monitoring and evaluating women's health care policies.

Objective: To analyze the age of women in their first pregnancy and related socioeconomic characteristics in Brazil.

Method: Cross-sectional study using data from the National Health Survey 2013, analyzing women from 18 to 49 years old and their age at first pregnancy, categorized by socioeconomic variables.

Results: The Northern Region presented the highest percentage of pregnancy for the 10 to 14 years old stratum. The first pregnancy at the age of 15-19 years obtained the highest percentages for all regions, with a significant difference between the North and Southeast regions. The Southeast region obtained the highest percentage of first pregnancy at the age of 30 to 39 years. The first pregnancy at the age of 15-19 years was significantly higher among separated women; without instruction; and living in rural areas. The first pregnancy from 10 to 14 was associated with the largest number of births that a woman will have throughout her life, with a higher prevalence of 5 to 9 births.

Conclusion: In Brazil, a large proportion of first pregnancies still occur in adolescence. The states of the northern region stand out with lower average ages in the first pregnancy, and this event is related to the worst socioeconomic conditions.

Keywords: pregnancy, maternal age, women's health, health status disparities, epidemiology.

©The authors (2019), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.