



CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO - UNIFAMETRO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARLA ROBERTA DA SILVA VITOR
EMILLY SILVA FREIRE

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA NO ESTADO DO CEARÁ

FORTALEZA-CE

2021

CARLA ROBERTA DA SILVA VITOR

EMILLY SILVA FREIRE

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA NO ESTADO DO CEARÁ**

Manuscrito apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Fametro (UNIFAMETRO), como parte dos requisitos para aprovação na disciplina de TCC II e para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora:
Profa Dra Cristiana Ferreira da Silva

FORTALEZA-CE

2021

CARLA ROBERTA DA SILVA VITOR
EMILLY SILVA FREIRE

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DA GRAVIDEZ NA
ADOLESCÊNCIA NO ESTADO DO CEARÁ**

Manuscrito apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Fametro (UNIFAMETRO), como parte dos requisitos para aprovação na disciplina de TCC II e para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Doutora. Cristiana Ferreira da Silva (Orientadora)

Docente do Centro Universitário Fametro - UNIFAMETRO

Mestre. Lea Dias Pimentel Gomes Vasconcelos (1º Examinadora)

Docente do Centro Universitário Fametro (UNIFAMETRO)

Mestre. Samara Gomes Matos Girão (2º Examinadora)

Enfermeira Assistencial da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO ESTADO DO CEARÁ

Carla Roberta da Silva Vitor¹
Emilly Silva Freire¹
Cristiana Ferreira da Silva²

RESUMO

Introdução: A adolescência é um período entre dez e dezenove anos de idade, marcado por mudanças significantes que envolvem processos como desenvolvimento biológico, psicológico, sociais e culturais vivenciadas pelo adolescente. Os adolescentes vivenciam mudanças intensas na estrutura e no significado das relações sociais, bem como uma variedade de novas experiências e crescentes demandas sociais. Essas mudanças podem resultar em experiências e comportamentos afetivos que às vezes são opressores, confusos e difíceis. A gravidez na adolescência é considerada de alto risco pela complexidade de fatores, alguns estudos descrevem o aumento da frequência de complicações maternas e perinatais nesse extremo de idade, como pré-eclâmpsia, restrição do crescimento fetal, prematuridade e mortalidade fetal. **Objetivo:** Analisar o perfil das mães adolescentes residentes no estado do Ceará. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, quantitativo e retrospectivo dos dados secundários entre 2000 e 2019, coletados da base de dados do DATASUS. A população do estudo compreendeu 561.644 nascidos vivos, filhos de mães adolescentes residentes no Ceará. Analisou-se as variáveis: instrução da mãe; estado civil da mãe; cor/raça da mãe; local de ocorrência; tipo de parto; duração de gestação; tipo de gestação; consulta de pré-natal; Apgar 1º e 5º minuto; malformação congênita; peso ao nascer e macrorregiões. Utilizou-se o programa Microsoft Office Excel e os dados foram analisados de acordo com a tendência utilizando o agrupamento de informações referente ao tempo que agregou a menor variabilidade dos dados. Não houve necessidade de submissão do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** As características maternas sofreram aumentos consideráveis em: inclusão escolar, parto cesárea, hospitalização, predomínio de parto pré-termo e números de consultas de pré-natal. Por sua vez, os recém-nascidos destacaram-se pelos aumentos em: adequação ao score de Apgar e elevação de casos de anomalias congênitas. Houve uma redução expressiva de gravidezes na adolescência na 2ª e 5ª macrorregiões do Ceará. **Conclusão:** Este estudo proporcionou a análise dos dados para contribuir com o enfrentamento da gravidez na adolescência, além de colaborar para a qualidade dos serviços e no aprimoramento da informação em saúde.

Descritores: Gravidez na Adolescência. Adolescente. Perfil de Saúde. Gravidez de Alto Risco.

¹ Graduandas do curso de Enfermagem pelo Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO

² Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANCY IN ADOLESCENCE IN THE STATE OF CEARÁ

Carla Roberta da Silva Vitor¹
Emilly Silva Freire¹
Cristiana Ferreira da Silva²

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is a period between ten and nineteen years of age, marked by significant changes that involve processes such as biological, psychological, social and cultural development experienced by adolescents. Adolescents experience intense changes in the structure and meaning of social relationships, as well as a variety of new experiences and growing social demands. These changes can result in affective experiences and behaviors that are sometimes overwhelming, confusing, and difficult. Teenage pregnancy is considered high risk due to the complexity of factors, some studies describe the increased frequency of maternal and perinatal complications at this extreme of age, such as pre-eclampsia, fetal growth restriction, prematurity and fetal mortality. **Objective:** To analyze the profile of adolescent mothers living in the state of Ceará. **Methodology:** This was a descriptive, exploratory, quantitative and retrospective study of secondary data between 2000 and 2019, collected from the DATASUS database. The study population comprised 561,644 live births, children of teenage mothers residing in Ceará. Variables were analyzed: mother's education; marital status of the mother; mother's color/race; place of occurrence; type of delivery; duration of pregnancy; type of pregnancy; prenatal consultation; Apgar 1st and 5th minute; congenital malformation; birth weight and macroregions. The Microsoft Office Excel program was used and the data were analyzed according to the trend using the grouping of information regarding the time that added the least variability of the data. There was no need to submit the study to the Research Ethics Committee. **Results:** Maternal characteristics underwent considerable increases in: school inclusion, cesarean delivery, hospitalization, predominance of preterm birth and number of prenatal consultations. In turn, newborns stood out for increases in: adequacy of the Apgar score and increase in cases of congenital anomalies. There was a significant reduction in teenage pregnancies in the 2nd and 5th macro-regions of Ceará. **Conclusion:** This study provided data analysis to contribute to coping with teenage pregnancy, in addition to contributing to the quality of services and the improvement of health information.

Descriptors: Pregnancy in Adolescence. Adolescent. Health Profile. High-Risk Pregnancy.

¹ Graduandas do curso de Enfermagem pelo Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO

² Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS.....	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3. METODOLOGIA	11
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	11
3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	11
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	12
3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	12
3.5 COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO	12
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	14
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	14
4. RESULTADOS.....	15
5. DISCUSSÃO	26
6. CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é considerada pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como um período entre dez e dezenove anos de idade, marcado por mudanças significantes que envolvem processos como desenvolvimento biológico, psicológico, sociais e culturais vivenciadas pelo adolescente (BRASIL, 2010). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade.

O início da adolescência é caracterizado por mudanças corporais fisiológicas, sendo denominada puberdade. Esse fenômeno é resultado da reativação dos mecanismos neuro-hormonais do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal-gonadal. O processo se inicia durante a vida fetal e termina com o completo crescimento e fusão total das epífises ósseas, com o desenvolvimento das características sexuais secundárias, com a completa maturação da mulher e do homem e de sua capacidade de fecundação, através de ovulação e espermatogênese, respectivamente, garantindo a perpetuação da espécie humana (EISENSTEIN, 2005).

Para Ferreira (2003), essa etapa tem períodos diferentes em média para os meninos (12 a 14 anos) e meninas (11 a 13 anos) e as mudanças físicas no sexo masculino incluem: crescimento abrupto e desproporcional (estirão), crescimento acelerado de pelos, o tamanho dos músculos, a largura dos ombros, a mudanças de voz e as espinhas são preocupações masculinas e no sexo feminino: o desenvolvimento dos seios, o alargamento dos quadris e a altura.

Os adolescentes também vivenciam mudanças intensas na estrutura e no significado das relações sociais, bem como uma variedade de novas experiências e crescentes demandas sociais. Essas mudanças podem resultar em experiências e comportamentos afetivos que às vezes são opressores, confusos e difíceis. (GOYER; SILK; NELSON, 2016).

É durante este período que a sexualidade se manifesta em novas necessidades, desejos e sensações corporais e na busca por afeto, contato e intimidade, ocasionado pelas alterações hormonais da puberdade (BRASIL, 2012).

A adolescência é considerada fundamental, peculiar e uma das mais conturbadas, pois estão presentes conflitos, questionamentos, curiosidades e percepções, relativos à identidade sexual, responsabilidade social (profissão,

caráter), relacionamentos afetivos, reprodução humana, bem como os tabus, mitos e questões de gênero relacionadas à sexualidade (MARTINS *et al.*, 2012).

Por tais condições, as alterações típicas dessa fase da vida estão associadas às influências do ambiente externo, podendo deixar o adolescente mais vulnerável a várias situações, como: infecções sexualmente transmissíveis (IST's), experimentação e vício de drogas, maior exposição à violência, acidentes e a gravidez não planejada (IBIAPINA *et al.*, 2011).

Dentre os riscos enfrentados nessa fase, a violência sexual incluindo incesto e estupro, são fenômenos que afetam algumas mulheres em diferentes fases da vida, porém os casos concentram-se principalmente na infância e na adolescência, causando muitos danos à saúde, incluindo a gravidez. No incesto, a adolescente grávida mantém relações estreitas com o agressor, diferente do que ocorre na maioria das gestações advindas do estupro, em que o responsável pela violência sexual é um desconhecido ou alguém que não possui laços estreitos (BESSA *et al.*, 2019; SOUTO *et al.*, 2019). Souto *et al.* (2019) reafirmam que a demora na procura pelos serviços de saúde é mais comum quando a gravidez é decorrente de violência sexual praticada por agressores conhecidos ou familiares. Assim, seria razoável supor que nas gestações decorrentes de incesto, a proximidade do agressor pode dificultar ou retardar a revelação tanto da violência quanto da gravidez, afetando a adesão ao atendimento.

A constante dificuldade em haver comunicação e troca de informação com os adolescentes, evidencia a necessidade de repensar ações educativas, integralizadas e ações de autonomia, para que assumam de forma sensata o protagonismo da própria vida. Enquanto a sexualidade, a educação sexual propõe a ideia de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que irão orientar na identificação e na denúncia de comportamentos inapropriados, como o abuso sexual, na adesão de métodos contraceptivos e de prevenção de infecções de transmissão sexual (CANO; FERRIANI; MARIA, 2000; WAGNER *et al.*, 2005).

Para Coates e Sant'Anna (2001), os fatores relacionados ao início da gravidez mais frequentemente citados incluem: maturação sexual acelerada, início precoce da vida sexual, unidade familiar frágil e processo de urbanização descontrolado com mudanças significativas no estilo de vida, crença de que por ser adolescente não corre o risco de conceber (pensamento mágico de que “uma relação apenas não é

suficiente para engravidar” ou que “isto não vai acontecer comigo”); desconhecimento da fisiologia da fertilidade e sexualidade; falta de acesso aos métodos contraceptivos; liberdade sexual; gestação como forma de agressão e desafio à família e à sociedade; falta de perspectivas de ascensão econômica em função da desigualdade social no país; influência dos meios de comunicação de massa de forma direta ou indireta.

Alguns autores como Silva *et al.* (2012) e Ávalos *et al.* (2018), consideram a gravidez na adolescência um problema de saúde pública por caracterizar um número elevado de riscos psicológicos, perinatais e sociais. Ao vivenciar na maioria dos casos um intenso sofrimento mental, autovalorização negativa e pouca ou nenhuma expectativa para o futuro, a adolescente sofre um abalo psicológico que por vezes perduram por vários períodos, sendo reversíveis ou não.

Já riscos perinatais estão relacionados a complicações em todas as etapas da gestação, incluindo também dificuldades no desenvolvimento infantil após o parto e fatores nutricionais, pois nessa faixa etária é comum grandes mudanças metabólicas e as escolhas nutricionais já não são mais adequadas, levando a possíveis chances de desenvolver obesidade durante e após a gestação, ou até mesmo transtornos alimentares patológicos. A nível social, a gravidez nessa faixa etária pode ser um obstáculo para o acesso à educação, a cultura e a formação profissional (SILVA; SURITA, 2017; ÁVALOS *et al.*, 2018).

Em alguns contextos socioculturais, a gestação no início da vida reprodutiva era encarada como normal e até mesmo desejável. A visão da mulher adolescente tinha a sexualidade e a reprodução indissolúvelmente unidas, com a obrigação de cumprir integralmente a responsabilidade de ser esposa e mãe. Com as mudanças temporais e sociais, o conceito entre a sexualidade e a reprodução foram ficando mais ampliadas e as oportunidades disponíveis de educação e profissionalização foram expandindo (SILVA; SURITA, 2017).

A gravidez na adolescência é considerada de alto risco pela complexidade de fatores, alguns estudos descrevem o aumento da frequência de complicações maternas e perinatais nesse extremo de idade, como pré-eclâmpsia, restrição do crescimento fetal, prematuridade e mortalidade fetal (CUNHA *et al.*, 2002; ROCHA *et al.*, 2006), porém os estudos mais recentes sugerem que, depois de controladas as variáveis, principalmente a primariedade, a gestação na adolescência traz mais

riscos psicossociais do que biológicos (CARNIEL *et al.*, 2006; PINHEIRO; PEREIRA; FREITAS, 2019).

Segundo Sabroza *et al.* (2004), o maior impacto envolve a dimensão psicológica e socioeconômica, uma vez que a gravidez na adolescência interfere negativamente no estilo de vida das adolescentes e de seus familiares, resultando em evasão escolar, rejeição familiar, não realização do pré-natal, além do aborto em condições inseguras e diversas outras consequências que perpetuam o ciclo da pobreza.

Cabral e Brandão (2020), afirmam que é um erro realizar a análise de todas as gestações entre menores de 10 e 19 anos com os mesmos critérios. São classificados dois grupos para a análise, o grupo de menores de 10 a 14 anos e o de 15 a 19 anos. Ambos requerem uma abordagem diferente. Por um lado, as taxas de fecundidade das meninas de menores de 10 a 14 anos têm se mantido constantes no Brasil nos últimos anos, ao contrário da diminuição das taxas de adolescentes de 15 a 19 anos. É considerável que a parcela das relações sexuais na faixa etária de 10 a 14 anos não é consensual e a magnitude da associação entre abuso sexual e gravidez nessa faixa etária não é desprezível.

Em contrapartida, a realidade é que nem todas as gravidezes na adolescência são indesejadas, porém considerar essa variante como determinante, significa ignorar vários contextos e os significados atribuídos à reprodução na realidade sociocultural no Brasil (CABRAL; BRANDÃO, 2020).

A gravidez na adolescência assumiu nos últimos anos em todo o mundo um padrão de redução, porém não podemos afirmar que essa mudança foi vista de forma acentuada em alguns países, de fato que a relação do baixo nível socioeconômico e às dificuldades de implementação e manutenção de estratégias para seu controle, tenham somado para impedir uma redução (LOPES *et al.*, 2020).

No Brasil, conforme dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2008 foram 599.238 partos, reduzindo para 456.128 em 2018. Acrescenta-se que a região Nordeste tem os índices mais altos de gravidez na adolescência, seguida da região Sudeste (BRASIL, 2020).

Na esfera nacional, foi sancionada a Lei nº 13.798, de 3 de janeiro de 2019, que acrescentou o Art. 8º - A ao Estatuto da Criança e do Adolescente, estabelecendo a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, a

ser realizada anualmente na semana que incluir o dia 1º de fevereiro, com o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência (BRASIL, 2019).

No Ceará, políticas públicas como “Nascer no Ceará” e “Projeto de Planejamento Reprodutivo com Implantes Subdérmicos para Mulheres em Situação de Risco Social”, buscam a inclusão de adolescentes grávidas, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal, bem como a taxa de gravidez não planejada nas adolescentes. Ações como mobilizar a Estratégia Saúde da Família (ESF) com ações da Saúde e da Educação, realizar atividades com adolescentes e promover o uso dos preservativos masculino e feminino, além de incentivar o planejamento reprodutivo, buscar ativamente as adolescentes grávidas, através do Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para consulta e encaminhamento das adolescentes grávidas no Programa Nascer no Ceará são ações orientadas pelas políticas públicas (CEARÁ, 2019).

Há também políticas de saúde e educacionais como: fortalecimento da escolaridade, da autonomia pessoal e da capacidade do adolescente de refletir sobre suas escolhas afetivas e sexuais e de conhecer e tomar medidas para proteger sua saúde, incluindo o uso de preservativo, métodos anticoncepcionais regulares ou de longa duração, anticoncepção de emergência, acesso ao aborto legal e medidas para combater a discriminação de gênero, racismo, homofobia e transfobia. Esses elementos são indispensáveis para a construção da autonomia dos jovens e para o exercício da sexualidade na perspectiva do reconhecimento da alteridade e dos direitos (CABRAL; BRANDÃO, 2020; SILVA, SURITA, 2017).

Nesse contexto da promoção de ações voltadas ao adolescente, a Enfermagem tem responsabilidade e participação no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, entretanto, por se tratar de clientela específica, habilidades particulares são necessárias, exigindo qualificação e desenvolvimento de competências alinhadas às necessidades do adolescente (TORRES *et al.*, 2013).

Ao profissional Enfermeiro cabe, buscar tanto ética quanto politicamente, meios que contemplem às adolescentes sobre suas demandas de saúde, sem pré-julgamentos ou empecilhos, ofertando ao público-alvo a integralidade no cuidado a saúde.

Diante do contexto acima descrito, podem ocorrer dificuldades em como compreender as características dessas adolescentes e, portanto, impactar negativamente para a definição de práticas de saúde e abordagens oportunas aos adolescentes. Sendo assim, surge a seguinte indagação prévia ao planejamento de ações voltadas à redução da gravidez na adolescência: quais as características clínicas e epidemiológicas das mães adolescentes residentes no estado do Ceará sob a perspectiva do banco de dados de nascimentos vivos?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o perfil das mães adolescentes residentes no estado do Ceará.

2.2 Objetivos específicos

- ❖ Identificar as características de mães adolescentes em relação às variáveis do RN;
- ❖ Determinar as características demográficas e socioeconômicas de mães adolescentes;
- ❖ Identificar as características da gestação e parto de mães adolescentes;
- ❖ Calcular a taxa de gravidez na adolescência.

3. METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório à luz de uma abordagem quantitativa e retrospectiva.

O objetivo do estudo descritivo é determinar e analisar condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos (COSTA; BARRETO, 2003).

3.2 Local e período do estudo

Esse estudo foi realizado com os dados secundários coletados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no portal de acesso às

informações de saúde (TABNET/estatísticas vitais) referente aos nascimentos vivos de mães adolescentes e residentes no estado do Ceará.

Os dados foram referentes ao período compreendido entre 2000 e 2019, agrupados em quatro quinquênios: 2000-2004; 2005-2009; 2010-2014; 2015-2019, de acordo com variação significativa encontrada a partir da descrição anual das variáveis analisadas.

A consulta à base de dados do DATASUS ocorreu entre os meses de fevereiro a março de 2021.

3.3 População e amostra do estudo

A população do estudo correspondeu à amostra e compreendeu 561.644 nascidos vivos, filhos de mães adolescentes (menores de 19 anos de idade) residentes nos municípios do estado do Ceará e registrados na base de dados do SINASC.

3.4 Critérios de elegibilidade

Foram considerados todos os nascimentos vivos de mães adolescentes, ou seja, entre menores de 19 anos, e residentes no estado do Ceará entre 2000 e 2019.

3.5 Coleta de dados e variáveis do estudo

Os dados referentes aos nascimentos vivos de mães adolescentes foram coletados por meio de consulta ao portal DATASUS, utilizando o módulo: acesso às informações de saúde (TABNET), na seção de estatísticas vitais, opção *Nascidos vivos*, da área de abrangência do estado do Ceará.

Considerou-se nesse estudo as variáveis categorizadas conforme descrito abaixo:

1. Socioeconômicas:

- a)** Instrução da mãe: nenhum; 1 a 3 anos; 4 a 7 anos; 8 a 11 anos; 12 anos e mais.
- b)** Estado civil da mãe: solteira; casada; viúva; separada judicialmente; união consensual; ignorado.
- c)** Cor/raça da mãe: branca; preta; amarela; parda; indígena; ignorado.

2. Parto:

a) Local de ocorrência: hospital; outro estabelecimento de saúde; domicílio; Outro; Ignorado.

b) Tipo de parto: vaginal; cesáreo; Ignorado.

3. Gestação

a) Duração de gestação: menos de 22 semanas; 22 a 27 semanas; 28 a 31 semanas; 32 a 36 semanas; 37 a 41 semanas; mais de 42 semanas; ignorado.

b) Tipo de gestação: única; dupla; tripla ou mais; ignorado.

c) Consulta pré-natal: nenhuma; 1 a 3 consultas; 4 a 6 consultas; mais de 7 consultas; ignorado.

4. Característica do recém-nascido

d) Apgar 1º minuto: 0 a 2; 3 a 5; 6 a 7; 8 a 10; ignorado.

e) Apgar 5º minuto: 0 a 2; 3 a 5; 6 a 7; 8 a 10; ignorado.

f) Anomalia congênita: sim; não; ignorado.

g) Peso ao nascer (gramas): menos de 500g; 500 a 999g; 1000 a 1499g; 1500 a 2499g; 2500 a 2999g; 3000 a 3999g; 4000g e mais; ignorado.

5. Território

h) Macrorregiões de Saúde: **1ª MACRORREGIÃO – FORTALEZA:** Acarape, Amontada, Apuiarés, Aquiraz, Aracoiaba, Aratuba, Barreira, Baturité, Beberibe, Capistrano, Cascavel, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, General Sampaio, Guaiuba, Guaramiranga, Horizonte, Itaitinga, Itapajé, Itapipoca, Itapiúna, Maracanaú, Maranguape, Miraíma, Mulungu, Ocara, Pacajus, Pacatuba, Pacoti, Palmácia, Paracuru, Paraipaba, Pentecoste, Pindoretama, Redenção, São Gonçalo do Amarante, São Luis do Curu, Tejuçuoca, Trairi, Tururu, Umirim e Uruburetama; **2ª MACRORREGIÃO – SOBRAL:** Acaraú, Alcântaras, Ararendá, Barroquinha, Bela Cruz, Camocim, Cariré, Carnaubal, Catunda, Chaval, Coreaú, Crateús, Croata, Cruz, Forquilha, Frecheirinha, Granja, Graça, Groaíras, Guaraciaba do Norte, Hidrolândia, Ibiapina, Independência, Ipaporanga, Ipu, Ipueiras, Irauçuba, Itarema, Jijoca de Jericoacoara, Marco, Martinópole, Massapê, Meruoca, Monsenhor Tabosa, Moraújo, Morrinhos, Mucambo, Nova Russas, Novo Oriente, Pacujá, Pires Ferreira, Poranga, Quiterianópolis, Reriutaba, Santa Quitéria, Santana do

Acaraú, São Benedito, Senador Sá, Sobral, Tamboril, Tianguá, Ubajara, Uruoca, Varjota e Viçosa do Ceará; **3ª MACRORREGIÃO – CARIRI**: Abaiara, Acopiara, Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Aurora, Baixo, Barbalha, Barro, Brejo Santo, Campos Sales, Caririaçu, Cariús, Catarina, Cedro, Crato, Deputado Irapuan Pinheiro, Farias Brito, Granjeiro, Ico, Iguatu, Ipaumirim, Jardim, Jati, Juazeiro do Norte, Jucás, Lavras da Mangabeira, Mauriti, Milagres, Missão Velha, Mombaça, Nova Olinda, Orós, Penaforte, Piquet Carneiro, Porteiras, Potengi, Quixelô, Saboeiro, Salitre, Santana do Cariri, Tarrafas, Umari e Várzea Alegre; **4ª MACRORREGIÃO – SERTÃO CENTRAL**: Aiuaba, Arneiroz, Banabuiú, Boa Viagem, Canindé, Caridade, Choró, Ibaretama, Ibicuitinga, Itatira, Madalena, Milhã, Parambu, Paramoti, Pedra Branca, Quixadá, Quixeramobim, Senador Pompeu, Solonópole e Tauá; **5ª MACRORREGIÃO – LITORAL LESTE/JAGUARIBE**: Alto Santo, Aracati, Ererê, Fortim, Icapuí, Iracema, Itaiçaba, Jaguaretama, Jaguaribara, Jaguaribe, Jaguaruana, Limoeiro do Norte, Morada Nova, Palhano, Pereiro, Potiretama, Quixeré, Russas, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte.

3.6 Processamento e análise dos dados

Para o processamento do arquivo de dados utilizou-se o programa Microsoft Office Excel e os dados foram analisados de acordo com a tendência utilizando o agrupamento de informações referente ao tempo para agregar a menor variabilidade de resultados. A análise preliminar das variáveis foi conduzida ano a ano, e após avaliação da variabilidade nas proporções decidiu-se pela agregação dos anos em quatro quinquênios.

Foram calculadas as taxas de gravidez na adolescência de acordo com a faixa etária (menores de 14 anos e 15 a 19 anos) para cada ano da série histórica que se propôs este estudo e os valores percentuais das variáveis categóricas.

Os dados foram apresentados em tabelas e analisadas à luz da literatura publicada e pertinente à temática.

3.7 Aspectos éticos

Os referenciais da Bioética, preconizados na resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) serão considerados nesse estudo, no entanto, tendo em vista a utilização de dados secundários, ou seja, a coleta de dados foi feita

através de banco de dados, não houve necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

4. RESULTADOS

Essa seção aborda a apresentação, análise e discussão dos dados oriundos do banco de dados do DATASUS, referentes a características de mães adolescentes e de seus nascidos vivos no Estado do Ceará, no período entre 2000 e 2019.

Dos 561.644 nascidos vivos de mães adolescentes (21,11% do total de nascimentos vivos do período), destacando-se as duas faixas etárias: menores de 14 anos e 15 a 19 anos, que representam respectivamente 27.845 (4,95%) e 533.789 (95,04%).

O crescimento do número de nascidos vivos de mães adolescente em menores de 14 anos foi observado consecutivamente em três quinquênios 2000-2004; 2005-2009 e 2010-2014, ocorrendo uma redução discreta no último quinquênio 2015-2019.

Porém, observa-se uma redução do número de nascidos vivos de mães de 15 a 19 anos, reduzindo nos três quinquênios 2000-2004; 2005-2009 e 2010-2014, ocorrendo um aumento discreto no último quinquênio 2015-2019 (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição absoluta e percentual dos nascimentos vivos de mães adolescentes registrados no SINASC segundo a faixa etária materna no Estado do Ceará, 2000 a 2019.

Faixa etária (em anos)	Quinquênios			
	2000-2004 N= 166.338	2005-2009 N=149.270	2010-2014 N=132.118	2015-2019 N=113.918
< 14	7.199 (4,32%)	7.283 (4,87%)	7.263 (5,49%)	6.100 (5,35%)
15 a 19	159.139 (95,67%)	141.987 (95,12%)	124.855 (94,50%)	107.818 (94,64%)

Fonte: SINASC (DATASUS).

Sobre as características maternas, observou-se uma redução no número de gravidezes conforme o grau de instrução nas adolescentes menores de 14 anos nas variáveis (nenhuma) e (1 a 3 anos), já na faixa de (4 a 7 anos), ocorre uma variação entre os quinquênios. No primeiro quinquênio, a avaliação fica prejudicada por não

existir registros nas variáveis de (8 a 11 anos) e (12 e mais anos), porém ao analisar os números totais, nota-se uma redução nos números em ambas as variáveis.

Na faixa de (15 a 19 anos), observou-se a mesma tendência de redução nas variáveis (nenhuma) e (1 a 3 anos), incluindo também a faixa etária de (4 a 7 anos). Há um aumento na variável de (8 a 11 anos) em todos os quinquênios, porém na variável (12 e mais anos) ocorreu um declínio com algumas variações entre o período analisado. Sobre os ignorados, houve uma variação considerável entre os quinquênios.

Quanto ao estado civil, em todas as faixas etárias e em todos os quinquênios a maioria das mães era solteira, tendendo a um aumento em 2000-2004, 2005-2009 e com um leve decréscimo em 2010-2014 e 2015-2019 em ambas as faixas etárias. A segunda categoria do estado civil mais observado é união consensual nas adolescentes menores de 14 anos, porém registrando-se um número reduzido apenas no quinquênio de 2005-2009 e apresentando aumento constante em ambas as faixas etárias. Sobre os ignorados, houve uma variação considerável entre os quinquênios.

As mães adolescentes de cor parda foram maior parcela, sendo crescente nos anos 2000-2004, 2005-2009, 2010-2014 e uma discreta diminuição em 2015-2019, para ambas as faixas etárias e em todos os quinquênios. A variável indígena apresentou uma variação entre 0,05% e 0,62%, dificultando a avaliação de sua tendência ao longo dos anos. Um ponto relevante nessa característica é o percentual de ignorado que varia entre 8,49% e 14,36%.

A maioria dos partos ocorreu em ambiente hospitalar, quase em sua totalidade, cujos percentuais variaram entre 97,37% e 99,54%. Observou-se a variável (domicílio) em taxas percentuais ínfimas, iguais ou menores que 1%, com constante redução. A variável ignorada revelou um percentual mínimo, com dados não disponíveis nos quinquênios 2005-2009 e 2010-2014 na faixa etária menor de 14 anos.

Sobre o tipo de parto (vaginal e cesáreo), observou-se um comportamento inversamente proporcional ao longo dos anos, ou seja, a porcentagem de partos por via vaginal apresentou decréscimo na faixa de maiores de 15 anos, nas menores de 14 anos diminuiu nos períodos 2000-2004, 2005-2009, 2010-2014, tendo um discreto aumento de 2,53% no período 2015-2019. A porcentagem de parto cesáreo

foi crescente em todo o período analisado e nas duas faixas etárias. Sobre os ignorados houve uma variação considerável entre os quinquênios.

Quanto a gestação, observou-se a idade gestacional de 37 a 41 semanas de forma predominante em todas as faixas etárias maternas, no entanto observou-se um aumento da proporção de nascimentos nas faixas de <22; 22 a 27; 28 a 31 e 32 a 36 semanas em ambas as faixas etárias. Sobre os ignorados houve uma variação considerável entre os quinquênios, impossibilitando sua análise precisa.

Sobre o tipo de gravidez, a série histórica revela a gestação única como prevalente em todas as faixas etárias e em todos os quinquênios, tendendo a quase totalidade, variando de 97,35% a 99,12% nas mães menores de 14 anos e de 97,35% a 98,78% nas maiores de 15 anos. Entre as gestações duplas a maior proporção (1,16%) foi observada nas adolescentes menores de 14 anos no quinquênio 2010-2014, seguido das adolescentes maiores de 15 anos, no quinquênio 2015-2019 (1,15%). Sobre os ignorados houve oscilação entre os quinquênios.

As informações sobre o número de consultas pré-natal revelam que no decorrer dos anos, a categoria nenhuma consulta sofreu uma redução, exceto pelo aumento no quinquênio 2010-2014, em seguida apresentando declínio em ambas as faixas etárias. Já nas categorias: 1 a 3 e 4 a 6 consultas, em ambas as faixas etárias evidenciou-se um declínio constante. Ressalta-se o aumento na categoria maior que 7 consultas em todos os quinquênios e faixas etárias. Sobre os ignorados houve uma redução constante entre os quinquênios nas duas faixas etárias.

Em relação ao escore de Apgar no primeiro minuto de vida entre nascidos vivos de mães menores de 14 anos, observou-se redução na proporção das notas de 0 a 2; 3 a 5; 6 a 7, exceto por um leve aumento em 2010-2014, ocorrendo redução no quinquênio seguinte. Houve aumento da proporção da nota de 8 a 10, exceto por uma discreta redução em 2015-2019 ao longo dos anos estudados. Quanto às mães de 15 a 19 anos, o Apgar no primeiro minuto tem proporções reduzidas nas notas 0 a 2; 3 a 5; 6 a 7 e aumento na proporção da nota 8 a 10 em todos os quinquênios. Observou-se a redução da proporção de ignorados, exceto do quinquênio de 2015-2019 nas duas faixas etárias.

O Apgar no quinto minuto em menores de 14 anos apresentou proporções reduzidas nas notas 0 a 2; 3 a 5; 6 a 7 e o aumento na proporção da nota 8 a 10,

ocorreu em quase todos os quinquênios, exceto no de 2015-2019, no qual reduz 1,37% comparado ao quinquênio anterior. Em mães de 15-19 anos, ocorreu o mesmo cenário, exceto por haver uma redução da nota de 8 a 10 no quinquênio de 2015-2019. Foi observado a redução da proporção de ignorados, exceto do quinquênio de 2015-2019 nas duas faixas etárias.

As anomalias congênitas aumentaram ao longo dos anos estudados nas duas faixas etárias. O número de ignorados dessa variável apresenta redução em todos os quinquênios, exceto em 2015-2019.

Sobre o peso ao nascer, observou-se que recém-nascidos de mães menores de 14 anos apresentou um crescimento constante nas categorias menos de 50g e 600g a 999g. Já nas categorias 1.000g a 1.499g e 1.500g a 2.499g, os números sofreram variações nos quatros quinquênios nas duas faixas etárias, ocorrendo alternância de reduções e aumentos. Na categoria 2.500g a 2.999g houve aumento em todos os quinquênios, exceto uma redução na faixa etária menor de 14 anos em 2010-2014, logo apresentando aumento no quinquênio seguinte.

As categorias de 3.000g a 3.999g e 4.000g e mais, apresentaram uma discreta diminuição, exceto no quinquênio 2010-2014 e um discreto aumento nas duas faixas etárias nesse quinquênio. Nessa categoria, encontrou-se oscilação de redução e aumento nos percentuais distribuídos pelos quinquênios entre os recém-nascidos de mães menores de 14 anos, já a faixa de maiores de 15 anos apresenta uma discreta redução. Observamos uma diminuição constante da proporção da categoria ignorado.

Em relação as macrorregiões, observou-se que na 1ª macrorregião há um aumento na faixa etária de menor de 14 anos, exceto em 2015-2019, com uma discreta redução. A faixa de 15 a 19 anos ocorre uma diminuição nos dois primeiros quinquênios e um aumento seguido de estabilização nos dois últimos quinquênios. Na 2ª macrorregião, ocorreu diminuição nas duas faixas etárias e em todos os quinquênios. Na 3ª macrorregião, há um aumento na faixa menor de 14 anos em todos os quinquênios e um aumento na faixa de 15 a 19 anos, exceto em 2010-2014, no qual observou-se uma discreta redução. Na 4ª macrorregião, observou-se oscilações de redução e aumento, dificultando estabelecer tendências. Já na 5ª macrorregião, encontrou-se redução nas duas faixas etárias, em ambos os quinquênios.

Tabela 2 – Distribuição absoluta e relativa das variáveis do SINASC de mães adolescentes de nascidos vivos, Ceará, 2000 a 2019.

VARIÁVEIS	2000-2004 N= 166.338		2005-2009 N=149.270		2010-2014 N= 132.118		2015-2019 N= 113.918	
	<14 a 7.199 (4,33%)	15 – 19 a 159.134 (95,67%)	<14 a 7.283 (4,88%)	15 – 19 a 141.987 (95,12%)	<14 a 7.263 (5,50%)	15 – 19 a 124.851 (94,50%)	<14 a 6.101 (5,36%)	15 – 19 a 107.817 (94,64%)
SOCIECONÔMICAS:								
Instrução da mãe (anos de estudo):								
Nenhum	281 (3,90%)	5.587 (3,51%)	84 (1,15%)	1.403 (0,98%)	32 (0,44%)	449 (0,35%)	9 (0,14%)	170 (0,15%)
1 a 3	1.650 (22,91%)	29.890 (18,78%)	711 (9,76%)	10.835 (7,63%)	343 (4,72%)	3.977 (3,18%)	154 (2,52%)	1.584 (1,46%)
4 a 7	4.823 (66,99%)	71.551 (44,96%)	5.148 (70,68%)	63.000 (44,37%)	4.491 (61,83)	41.278 (33,06%)	3.480 (57,03%)	27.582 (25,58%)
8 a 11*	-	38.227 (24,02%)	1.223 (16,79%)	57.543 (40,52%)	2.211 (30,44%)	72.359 (57,95%)	2.177 (35,68%)	71.401 (66,22%)
12 e mais**	-	5.713 (3,59%)	-	6.324 (4,45%)	9 (0,12%)	2.833 (2,26%)	4 (0,06%)	1.704 (1,58%)
Ignorado	445 (6,18%)	8.171 (5,13%)	117 (1,60%)	2.882 (2,02%)	177 (2,43%)	3.959 (3,17%)	276 (4,52%)	5.377 (4,98%)
Estado civil da mãe:								
Solteira	5.377 (74,69%)	94.702 (59,51%)	7.040 (96,66%)	117.271 (82,59%)	5.370 (73,93%)	77.538 (62,10%)	4.082 (66,90%)	59.984 (55,63%)
Casada	465 (6,45%)	38.528 (24,21%)	175 (2,40%)	22.595 (15,91%)	118 (1,62%)	14.271 (11,43%)	32 (0,52%)	8.755 (8,12%)
Viúva	3 (0,04%)	169 (0,10%)	3 (0,04%)	101 (0,07%)	2 (0,02%)	96 (0,07%)	1 (0,01%)	62 (0,05%)
Separada judicialmente	7 (0,09%)	113 (0,07%)	-	76 (0,05%)	1 (0,01%)	120 (0,09%)	1 (0,01)	102 (0,09%)
União consensual	1.231 (17,09%)	22.817 (14,33%)	14 (0,19%)	560 (0,39%)	1.650 (22,71%)	31.099 (24,90%)	1.727 (28,30%)	35.306 (32,74%)
Ignorado	116 (1,61%)	2.810 (1,76%)	51 (0,70%)	1.384 (0,97%)	122 (1,67%)	1.731 (1,38%)	257 (4,21%)	3.609 (3,34%)

Tabela 2 (continua) – Distribuição absoluta e relativa das variáveis do SINASC de mães adolescentes de nascidos vivos, Ceará, 2000 a 2019.

VARIÁVEIS	2000-2004 N= 166.338		2005-2009 N=149.270		2010-2014 N= 132.118		2015-2019 N= 113.918	
	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a
	7.199 (4,33%)	159.134 (95,67%)	7.283 (4,88%)	141.987 (95,12%)	7.263 (5,50%)	124.851 (94,50%)	6.101 (5,36%)	107.817 (94,64%)
Cor da pele/raça da mãe:								
Branca	1.479 (20,54%)	35.209 (22,13%)	903 (12,40%)	20.383 (14,36%)	625 (8,60%)	12.477 (9,99%)	313 (5,13%)	6.257 (5,80%)
Preta	130 (1,80%)	3.241 (2,04%)	50 (0,69%)	994 (0,70%)	65 (0,89%)	1.189 (0,95%)	42 (0,68%)	775 (0,72%)
Amarela	91 (1,26%)	2.007 (1,26%)	18 (0,25%)	394 (0,28%)	4 (0,05%)	158 (0,13%)	6 (0,09%)	256 (0,24%)
Parda	4.655 (64,66%)	100.716 (63,29%)	5.447 (74,79%)	104.473 (73,58%)	5.886 (81,04%)	100.298 (80,33%)	4.827 (79,11%)	85.730 (79,51%)
Indígena	45 (0,62%)	802 (0,50%)	4 (0,05%)	125 (0,09%)	13 (0,17%)	138 (0,11%)	36 (0,59%)	309 (0,29%)
Ignorado	799 (11,09%)	17.164 (10,79%)	861 (11,82%)	15.618 (11,00%)	670 (9,22%)	10.595 (8,49%)	876 (14,35%)	14.491 (13,44%)
PARTO:								
Local de ocorrência								
Hospital	7.052 (97,95%)	155.596 (77,37%)	7.222 (99,16%)	140.443 (98,92%)	7.225 (99,47%)	124.082 (99,38%)	6.072 (99,52%)	107.268 (99,49%)
Outro estabelecimento de saúde	46 (0,63%)	1.248 (0,78%)	26 (0,36%)	594 (0,42%)	8 (0,11%)	240 (0,19%)	3 (0,04%)	103 (0,10%)
Domicílio	95 (1,31%)	2.187 (1,37%)	28 (0,38%)	807 (0,57%)	18 (0,24%)	375 (0,30%)	14 (0,22%)	265 (0,25%)
Outro	5 (0,06%)	89 (0,06%)	7 (0,10%)	140 (0,10%)	12 (0,16%)	152 (0,12%)	10 (0,16%)	180 (0,17%)
Ignorado	1 (0,01%)	19 (0,01%)	-	3 (0,00%)	-	6 (0,00%)	1 (0,01%)	2 (0,00%)

Tabela 2 (continua) – Distribuição absoluta e relativa das variáveis do SINASC de mães adolescentes de nascidos vivos, Ceará, 2000 a 2019.

VARIÁVEIS	2000-2004 N= 166.338		2005-2009 N=149.270		2010-2014 N= 132.118		2015-2019 N= 113.918	
	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a
	7.199 (4,33%)	159.134 (95,67%)	7.283 (4,88%)	141.987 (95,12%)	7.263 (5,50%)	124.851 (94,50%)	6.101 (5,36%)	107.817 (94,64%)
Tipo de parto:								
Vaginal	5.408 (75,12%)	123.119 (77,37%)	4.958 (68,08%)	99.597 (70,15%)	4.122 (56,75%)	72.178 (57,81%)	3.616 (59,26%)	60.908 (56,49%)
Cesáreo	1.773 (24,62%)	35.530 (22,33%)	2.308 (31,69%)	42.170 (29,70%)	3.122 (42,98%)	52.317 (41,90%)	2.478 (40,61%)	46.731 (43,34%)
Ignorado	18 (0,25%)	490 (0,31%)	17 (0,23%)	220 (0,15%)	19 (0,26%)	360 (0,29%)	6 (0,09%)	179 (0,17%)
GESTAÇÃO								
Duração de gestação (semanas):								
<22	3 (0,04%)	47 (0,03%)	6 (0,08%)	102 (0,07%)	23 (0,31%)	112 (0,09%)	12 (0,19%)	105 (0,10%)
22 a 27	43 (0,59%)	498 (0,31%)	55 (0,76%)	587 (0,41%)	72 (0,99%)	758 (0,61%)	113 (1,85%)	771 (0,72%)
28 a 31	100 (1,38%)	1.218 (0,77%)	106 (1,46%)	1.089 (0,77%)	156 (2,14%)	1.487 (1,19%)	148 (2,42%)	1.588 (1,47%)
32 a 36	528 (7,33%)	7.657 (4,81%)	564 (7,74%)	7.381 (5,20%)	961 (13,23%)	12.366 (9,90%)	925 (15,16%)	12.085 (11,21%)
37 a 41	6.319 (87,77%)	145.526 (9,45%)	6.471 (88,85%)	131.265 (92,45%)	5.424 (74,67%)	98.655 (79,02%)	4.365 (71,54%)	83.726 (77,66%)
>42	81 (1,12%)	1.930 (1,21%)	35 (0,48%)	846 (0,60%)	301 (4,14%)	5.802 (4,65%)	257 (4,21%)	5.197 (4,82%)
Ignorado	125 (1,73%)	2.263 (1,42%)	46 (0,63%)	717 (0,50%)	326 (4,48%)	5.675 (4,55%)	280 (4,58%)	4.346 (4,03%)

Tabela 2 (continua) – Distribuição absoluta e relativa das variáveis do SINASC de mães adolescentes de nascidos vivos, Ceará, 2000 a 2019.

VARIÁVEIS	2000-2004 N= 166.338		2005-2009 N=149.270		2010-2014 N= 132.118		2015-2019 N= 113.918	
	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a
	7.199 (4,33%)	159.134 (95,67%)	7.283 (4,88%)	141.987 (95,12%)	7.263 (5,50%)	124.851 (94,50%)	6.101 (5,36%)	107.817 (94,64%)
Tipo de gestação:								
Única	7.133 (99,08%)	157.073 (98,70%)	7.219 (99,12%)	140.253 (98,78%)	7.157 (98,54%)	123.273 (98,74%)	5.940 (97,36%)	104.959 (97,35%)
Dupla	48 (0,66%)	1.670 (1,05%)	58 (0,80%)	1.583 (1,11%)	84 (1,15%)	1.275 (1,02%)	50 (0,81%)	1.238 (1,15%)
Tripla ou mais	2 (0,02%)	56 (0,04%)	-	25 (0,02%)	2 (0,02%)	8 (0,01%)	3 (0,04%)	11 (0,01%)
Ignorado	16 (0,22%)	340 (0,21%)	6 (0,08%)	126 (0,09%)	20 (0,27%)	299 (0,24%)	107 (1,75%)	1.610 (1,49%)
Número de consultas pré-natal:								
Nenhum	201 (2,79%)	3.976 (2,50%)	116 (1,59%)	1.922 (1,35%)	201 (2,76%)	3.375 (2,70%)	116 (1,90%)	1.632 (1,51%)
1 a 3	1.019 (14,15%)	18.465 (11,60%)	764 (10,49%)	12.322 (8,68%)	720 (9,91%)	9.948 (7,97%)	536 (8,78%)	7.057 (6,55%)
4 a 6	3.923 (54,49%)	85.645 (53,82%)	3.666 (50,34%)	68.020 (47,91%)	2.808 (38,66%)	44.538 (35,67%)	1.832 (30,02%)	30.106 (27,92%)
>7	1.879 (26,10%)	47.458 (29,82%)	2.633 (36,15%)	57.731 (40,66%)	3.508 (48,29%)	66.490 (53,26%)	3.596 (58,94%)	68.741 (63,76%)
Ignorado	177 (2,45%)	3.595 (2,26%)	104 (1,43%)	1.992 (1,40%)	26 (0,35%)	504 (0,40%)	20 (0,32%)	282 (0,26%)

Tabela 2 (continua) – Distribuição absoluta e relativa das variáveis do SINASC de mães adolescentes de nascidos vivos, Ceará, 2000 a 2019.

VARIÁVEIS	2000-2004 N= 166.338		2005-2009 N=149.270		2010-2014 N= 132.118		2015-2019 N= 113.918	
	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a
	7.199 (4,33%)	159.134 (95,67%)	7.283 (4,88%)	141.987 (95,12%)	7.263 (5,50%)	124.851 (94,50%)	6.101 (5,36%)	107.817 (94,64%)
CARACTERÍSTICAS DO RN:								
Apgar 1º minuto:								
0 a 2	160 (2,22%)	2.534 (1,59%)	86 (1,18%)	1.375 (0,97%)	99 (1,36%)	1.071 (0,86%)	82 (1,34%)	885 (0,82%)
3 a 5	333 (4,62%)	5.610 (3,53%)	316 (4,34%)	5.006 (3,53%)	304 (4,18%)	4.220 (3,38%)	247 (4,04%)	3.229 (2,99%)
6 a 7	1.261 (17,51%)	24.934 (15,67%)	1.147 (15,75%)	19.793 (13,94%)	1.013 (13,94%)	15.528 (12,44%)	792 (12,98%)	11.545 (10,71%)
8 a 10	4.976 (69,12%)	114.321 (71,84%)	5.550 (76,20%)	112.291 (79,09%)	5.784 (79,63%)	103.220 (82,67%)	4.809 (78,82%)	89.548 (83,06%)
Ignorado	469 (6,51%)	11.740 (7,38%)	184 (2,53%)	3.522 (2,48%)	63 (0,86%)	816 (0,65%)	170 (2,78%)	2.611 (2,42%)
Apgar 5º minuto:								
0 a 2	105 (1,45%)	2.429 (1,53%)	35 (0,48%)	512 (0,36%)	33 (0,45%)	379 (0,30%)	28 (0,45%)	341 (0,32%)
3 a 5	90 (1,25%)	1.052 (0,66%)	64 (0,88%)	925 (0,65%)	57 (0,78%)	754 (0,60%)	47 (0,77%)	550 (0,51%)
6 a 7	313 (4,34%)	5.096 (3,20%)	267 (3,67%)	4.011 (2,83%)	234 (3,22%)	3.080 (2,47%)	183 (2,99%)	2.344 (2,17%)
8 a 10	5.861 (81,41%)	131.384 (82,56%)	6.621 (90,91%)	130.322 (91,79%)	6.858 (94,42%)	119.666 (95,85%)	5.676 (93,03%)	101.972 (94,58%)
Ignorado	830 (11,53%)	19.178 (12,05%)	296 (4,06%)	6.217 (4,38%)	81 (1,11%)	976 (0,78%)	166 (2,72%)	2.611 (2,42%)

Tabela 2 (continua) – Distribuição absoluta e relativa das variáveis do SINASC de mães adolescentes de nascidos vivos, Ceará, 2000 a 2019.

VARIÁVEIS	2000-2004 N= 166.338		2005-2009 N=149.270		2010-2014 N= 132.118		2015-2019 N= 113.918	
	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a
	7.199 (4,33%)	159.134 (95,67%)	7.283 (4,88%)	141.987 (95,12%)	7.263 (5,50%)	124.851 (94,50%)	6.101 (5,36%)	107.817 (94,64%)
Anomalia congênita:								
Sim	35 (0,48%)	584 (0,37%)	41 (0,56%)	827 (0,58%)	48 (0,66%)	1.010 (0,81%)	75 (1,22%)	1.034 (0,96%)
Não	6.725 (93,41%)	116.217 (73,03%)	6.876 (94,41%)	133.511 (94,03%)	6.987 (96,19%)	118.930 (95,26%)	5.758 (94,37%)	101.596 (94,23%)
Ignorado	439 (6,09%)	10.139 (6,37%)	363 (4,98%)	7.649 (5,39%)	228 (3,13%)	4.915 (3,94%)	267 (4,37%)	5.188 (4,81%)
Peso ao nascer (em gramas):								
Menos de 500	3 (0,04%)	44 (0,03%)	5 (0,07%)	120 (0,08%)	17 (0,23%)	201 (0,16%)	15 (0,24%)	195 (0,18%)
500 a 999	36 (0,50%)	544 (0,34%)	62 (0,85%)	652 (0,46%)	72 (0,99%)	600 (0,48%)	87 (1,42%)	566 (0,52%)
1000 a 1499	84 (1,16%)	1.089 (0,68%)	128 (1,76%)	1.077 (0,76%)	103 (1,41%)	868 (0,70%)	93 (1,52%)	873 (0,81%)
1500 a 2499	763 (10,59%)	11.189 (7,03%)	736 (10,11%)	10.650 (7,50%)	747 (10,28%)	9.099 (7,29%)	634 (10,39%)	8.091 (7,50%)
2500 a 2999	2.005 (27,85%)	37.003 (23,25%)	2.075 (28,49%)	34.757 (24,48%)	2.004 (27,59%)	30.494 (24,42%)	1.738 (28,48%)	26.554 (24,63%)
3000 a 3999	4.102 (56,98%)	101.859 (64,01%)	4.107 (56,39%)	88.934 (62,64%)	4.144 (57,05%)	78.819 (63,13%)	3.410 (55,89%)	67.565 (62,67%)
4000g e mais	165 (2,29%)	6.751 (4,24%)	167 (2,29%)	5.687 (4,01%)	175 (2,40%)	4.766 (3,82%)	123 (2,01%)	3.971 (3,68%)
Ignorado	41 (0,56%)	660 (0,41%)	3 (0,04%)	110 (0,08%)	1 (0,01%)	8 (0,01%)	-	3 (0,00%)

Tabela 2 (continua) – Distribuição absoluta e relativa das variáveis do SINASC de mães adolescentes de nascidos vivos, Ceará, 2000 a 2019.

VARIÁVEIS	2000-2004 N= 166.338		2005-2009 N=149.270		2010-2014 N= 132.118		2015-2019 N= 113.918	
	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a	<14 a	15 – 19 a
	7.199 (4,33%)	159.134 (95,67%)	7.283 (4,88%)	141.987 (95,12%)	7.263 (5,50%)	124.851 (94,50%)	6.101 (5,36%)	107.817 (94,64%)
TERRITÓRIO								
Macrorregião***:								
1 ^a	3.540 (49,17%)	76.314 (47,96%)	3.624 (49,76%)	67.355 (47,44%)	3.683 (50,70%)	61.990 (49,65%)	3.070 (50,31%)	53.533 (49,65%)
2 ^a	1.739 (24,16%)	34.307 (21,56%)	1.635 (22,45%)	30.413 (21,42%)	1.553 (21,38%)	25.219 (20,20%)	1.263 (20,70%)	21.729 (20,15%)
3 ^a	916 (12,72%)	26.081 (16,39%)	1.021 (14,02%)	24.886 (17,53%)	1.111 (15,29%)	21.023 (16,84%)	1.005 (16,47%)	18.600 (17,25%)
4 ^a	592 (8,22%)	12.861 (8,08%)	606 (8,32%)	11.449 (8,06%)	538 (7,40%)	9.921 (7,95%)	475 (7,78%)	8.288 (7,69%)
5 ^a	412 (5,72%)	9.571 (6,01%)	397 (5,45%)	7.884 (5,55%)	378 (5,20%)	6.698 (5,36%)	287 (4,70%)	5.667 (5,26%)

Fonte: SINASC (DATASUS).

*Variável sem dados disponíveis;

**Inclusão de categorias de variáveis (1º grau incompleto; 1º grau completo e faixa etária de 9 a 11 anos);

*** Macrorregiões descritas na metodologia

5. DISCUSSÃO

A portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, implanta a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi possível estabelecer um incremento nos serviços que amparam a saúde da mulher e do recém-nascido (BRASIL, 2011).

A reformulação da coleta e da cobertura de dados referentes a declaração de nascidos vivos (DNV) ocorreu em 2011, modificando as variáveis: idade da mãe; escolaridade da mãe; situação conjugal; número de filhos tidos vivos; número de filhos tidos mortos; duração da gestação e número de consultas de pré-natal que estabeleceram alterações para melhor descrever as características das mães e dos recém-nascidos (BRASIL, 2013).

Mesmo com a inserção de políticas públicas e de reformulações para a melhoria das informações, a gravidez na adolescência ainda se mantém presente no cenário cearense, principalmente em adolescentes menores de 14 anos, cujas proporções aumentam de forma constante, ou seja, sem sinais de estabilização ou/e de diminuição. Já na faixa etária entre 15 e 19 anos, o cenário sugere uma diminuição discreta nos percentuais, refletindo assim resultados positivos, em que a gravidez na adolescência.

Em relação à categoria socioeconômica, esse estudo revelou que o número de adolescentes com grau de instrução aumentou nas duas faixas etárias, indicando aumento na frequência escolar das adolescentes. Outro aspecto relevante envolve o estado civil das mães adolescentes, em ambas faixas etárias, que se consideraram solteiras. Sobre esse aspecto, Lopes *et al.* (2020), consideram um maior fator de risco para o binômio, quando duas variáveis se associam: ter escolaridade menor que oito anos e estar sem companheiro.

O hospital foi o local de parto de maior ocorrência, expressando aumento constante, e conseqüentemente um declínio em outras categorias. Em contrapartida o número de parto cesárea aumentou de forma progressiva na faixa de 15 a 19 anos, ocorrendo também na faixa de menores de 14 anos, refletindo na diminuição do parto vaginal. Para Oliveira (2016) esse cenário pode ocasionar elevação nos custos dos serviços de saúde e nos riscos de morbimortalidade materna e perinatal. Em estudo conduzido por Gama *et al.* (2014), observou-se que 40% das adolescentes grávidas realizaram parto cesárea e que já desejavam essa via de parto no início da gestação, pois acreditavam que essa era a forma mais segura.

Outro resultado importante desse estudo relacionou-se à prematuridade, já que apesar das gestações a termo terem sido expressivamente maiores, observou-se um aumento crescente nas proporções de recém-nascidos com menos de 22 a 36 semanas entre mães adolescentes em ambas as faixas etárias. Pode-se supor que tal achado possa ter relação com a imaturidade biológica da mãe (baixa idade ginecológica), complicações como oligodrâmnio e infecções do trato urinário, e baixa escolaridade para a faixa etária (BULHÕES *et al.*, 2017).

A análise dos dados sobre o número de consultas de pré-natal foi satisfatória por apresentar um aumento na categoria de mais de 7 consultas em todos os quinquênios e faixas etárias, pois o Ministério da Saúde recomenda a realização de no mínimo 6 consultas de pré-natal, bem como seu início precoce, no primeiro trimestre gestacional, para que haja uma assistência minimamente adequada a essas mulheres e seus filhos, reduzindo a morbimortalidade desta população (DOMINGUES *et al.*, 2015).

O escore de Apgar no 1º e 5º minutos de vida expressa a condição fisiológica imediata do recém-nascido e o risco de morbimortalidade. Nas duas faixas etárias, houve redução constante, nos quinquênios, no valor do Apgar inferior a 7 e aumento dos escores acima de 7, configurando-se como um resultado positivo, visto que o Apgar é considerado um marco na neonatologia e cabe ressaltar que, até hoje, não foi criado outro método sistemático para a avaliação da vitalidade do neonato (MACHADO *et al.*, 2018; CHICLLA *et al.*, 2021).

As anomalias congênitas aumentaram ao longo dos anos entre mães adolescentes nas duas faixas etárias. Medeiros *et al.* (2021) reafirmam que as mães podem ter sentimento de culpa, tristeza, raiva e desapego pelo bebê, compreendendo também questionamentos em relação à sua competência em ser mãe, partindo da individualidade de cada adolescente as consequências posteriores.

Sobre o peso ao nascer, a avaliação sobre regressão ou/e progressão de tendências, só foi possível observar nas categorias de peso inferiores a 1.000g, visto que as outras categorias apresentaram oscilações. Em ambas as faixas etárias de mães adolescentes analisadas, houve aumento constante nas categorias: com menos de 500g e 500 a 999g, podendo expressar uma quantidade considerável de recém-nascidos com extremo baixo peso ao nascer.

Nesse estudo houve limitações de dados em brancos e principalmente de dados ignorados, podendo gerar imprecisões nas avaliações, assim como é necessário ressaltar a importância do profissional de saúde em descrever as características maternas e do recém-nascido com precisão, incluindo todos os itens avaliados, pois as variáveis analisadas podem refletir tendências positivas e negativas nas características dos nascimentos.

6. CONCLUSÃO

Essa pesquisa oportunizou evidenciar as características maternas e de recém-nascidos no Estado do Ceará referente ao período entre 2000 e 2019, em duas faixas etárias de mães adolescentes: menores 14 anos e de 15-19 anos.

As características socioeconômicas predominantes incluíram mães adolescentes com tendência crescente de inclusão escolar, cor da pele parda e solteiras. Os partos hospitalares e cesáreas representaram os maiores e crescentes percentuais. Sobre a gestação observou-se uma tendência crescente aos partos pré-termos, gestações únicas e com uma proporção positiva em relação ao número de consultas de pré-natal.

Sobre as características dos recém-nascidos, verificou-se aumento significativo nos escores de Apgar no 1º e 5º minutos de vida. As anomalias congênitas apresentaram aumento constante nas suas proporções em ambas as faixas etárias de mães adolescentes.

A análise das cinco macrorregiões possibilitou a descrição de todo o território cearense, revelando que somente em duas macrorregiões a tendência da gravidez na adolescência reduziu (2ª e 5ª macrorregião) em todos os quinquênios.

Este estudo tem como característica a análise dos dados para contribuir com o enfrentamento da gravidez na adolescência, além de colaborar para a qualidade dos serviços e no aprimoramento da informação em saúde. Espera-se que a contribuição científica seja satisfatória para a realização de novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

ÁVALOS, DS; RECALDE, F; CRISTALDO, C; PUMA, AC; LÓPEZ, P; CARBONELL, LA. Estrategia de unidades de salud familiar: su impacto en la tasa de embarazo en adolescentes en Paraguay. **Rev Panam Salud Publica.**: Pan American journal of public health, Spanish, v. 42, ed. 59, 30 mar. 2018. DOI 10.26633. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31093087/>. Acesso em: 18 fev. 2021.

BESSA, M. M. M; DREZZET, J.; ADAMI, F.; ARAÚJO, S.D.T; BEZERRA, I.M.P; ABREU, L.C. Characterization of Adolescent Pregnancy and Legal Abortion in Situations Involving Incest or Sexual Violence by an Unknown Aggressor. **Medicina (Kaunas)**, [s. l.], v. 55. (8), n. 474, 13 ago. 2019. DOI 10.3390. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6722962/>. Acesso em: 27 fev. 2021.

BRASIL. Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – 2011. Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas – CGIAE / Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2013. Acesso em 07 de junho de 2021.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal do Datasus. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 29 de agosto / 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília; Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em 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; 2010.

BRASIL. SEMANA NACIONAL DE PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA. **Lei nº 13.798, de 3 de janeiro de 2019.** (Estatuto da Criança e do Adolescente). [S. l.], 3 jan. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13798.htm. Acesso em: 3 mar. 2021.

BRASIL. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre o os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

BULHÕES, T.R.B et al. Prevalência de recém-nascidos pré-termo de mães adolescentes. Id on Line. **Rev. Mult. Psic.** v.11, n.39, Vitória da Conquista-BA, 2017. CABRAL C.D.S, BRANDÃO E.R. Adolescent pregnancy, sexual initiation, and gender: perspectives in dispute. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. **CadSaude publica.** 2020;36(8): e00029420. Doi:10.1590/0102-311x00029420.

CANO, M.A.T.; FERRIANI, M.das G.C. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev.latinoam.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, abril 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12413>. Acesso em: 3 mar. 2021.

CARNIEL, E.D.F; ZANOLLI, M.D.L; ALMEIDA, C.A.A.D; MORCILLO, A.M. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 419-426, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-8292006000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 2 set. 2020.

CHICLLA, M.A.C; CASTILLO, K. E.A; ARIAS, J.P.S. Predictores perinatales de APGAR persistentemente bajo a los 5 minutos en un hospital peruano. **Rev. Fac. Med. Hum.**, Lima, v. 21, n. 1, p. 40-49, enero 2021. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000100040&lng=es&nrm=iso>. accedido en 09 jun. 2021.

COATES V, SANT'ANNA J.C. Gravidez na adolescência. In: GEJER D, Reato L.F.N. Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência. São Paulo: **Atheneu**, 2001. p.71-84.

COSTA, M.F.L; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003. disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 29 nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>.

CUNHA, M.A; ANDRADE, M.Q; NETO, J.T; ANDRADE, T. Gestação na Adolescência: Relação com o Baixo Peso ao Nascer. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio Branco-AC, v. 24, n. 8, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v24n8/a03v24n8.pdf>. Acesso em: 2 set. 2020.

DOMINGUES, R.M.S.M et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. Panam. Salud publica**. v.37, n.3, p.140-147. 2015.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolesc Saude**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 6-7, abri/Jun 2005. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167. Acesso em: 27 fev. 2021.

FERREIRA, B. W. Adolescência: caracterização e etapas do desenvolvimento. **Psicologia e educação: desenvolvimento humano adolescência e vida adulta**: 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. 147-169 p. v. 1. 2.

GAMA, S.G.N. et al. Fatores associados à cesariana em primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cad. Saúde Pública**, 30 Sup: S117-S127, Rio de Janeiro, 2014.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ (Assessoria de Comunicação da Sesa). Ceará reforça ações para prevenção da gravidez na adolescência: SAÚDE DA MULHER. Secretaria da Saúde, [S. l.], 1 fev. 2019. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2019/02/01/ceara-reforca-acoes-para-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia/>. Acesso em: 21 out. 2020.

GUYER, A. E; SILK, J. S; NELSON, E.E. A neurobiologia do adolescente emocional: de dentro para fora. **Neuroscience and biobehavioral reviews** 2016, 70, 74-85. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.037>.

IBIPIANA L.G, NERY I.S, ROCHA S.S, NOGUEIRA L.T, ARAÚJO A.K.L, SANTIAGO JESUS, F.B.D; LIMA, F.C.A; MARTINS, C.B.D.G; MATOS, K.F.D; SOUZA, S.P. S.D. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, junho 2011. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200021>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200021. Acesso em: 2 set. 2020.

LOPES. M.C.L, OLIVEIRA. R.R, SILVA. M.A.P.D, PADOVANI. C, OLIVEIRA. N.L.B, HIGARASHI. I.H. Temporal trend and factors associated to teenage pregnancy. Tendência temporal e fatores associados à gravidez na adolescência. **Rev Esc Enferm USP**. 2020;54: e03639. Published 2020 Nov 27. doi:10.1590/S1980-220X2019020403639

MACHADO, S, Juliana. A.R, Nayara.L; RATTNER, D. Parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do bebê no nascimento. **av.enferm.**, Bogotá , v. 36, n. 2, p. 197-208, Aug. 2018. Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002018000200197&lng=en&nrm=iso>. access on 07 June 2021. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n2.67809>.

MARTINS, C.B.D.G; ALENCASTRO, L.C.D.S; MATOS, K.F.D; ALMEIDA, F.M.D; SOUZA, S.P.S.D; NASCIMENTO, S.C.F. As questões de gênero quanto à sexualidade dos adolescentes. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-32, janeiro-março 2012. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/audiencia_pdf.asp?aid2=303&nomeArquivo=v9n1a05.pdf. Acesso em: 2 set. 2020.

MEDEIROS, A.C.R. ET AL. SENTIMENTO MATERNO AO RECEBER UM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO CONGÊNITA. **Psicologia em Estudo [online]**. 2021, v. 26 [Acessado 9 junho 2021], e45012. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.45012>>. Epub 10 maio 2021. ISSN 1807-0329. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.45012>.

OLIVEIRA, R.R. et al. Fatores associados ao parto cesáreo nos sistemas público e privado de atenção à saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.50, n.5, p.734-741, 2016.

PINHEIRO, Y.; 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, Dec. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000400363&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Out. 2020.

ROCHA, R.C.L.D; SOUZA, E.D; GUAZZELLI, C.A.F; FILHO, A.C.; SOARES, E.P; NOGUEIRA, É.D.S. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, setembro 2006. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000900005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000900005. Acesso em: 2 set. 2020.

SABROZA, A.R; LEAL, M.D.C; GAMA, S.G.N.D; COSTA, J.V.D. Perfil sociodemográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil - 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 2 set. 2020.

SILVA, J.L.P; FERRIANI, M.G.C; MELLO, D.F; CARVALHO, I.P; CANO, M.A; OLIVEIRA, L.A. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 28, p. 313-23, fev 2012. DOI 10.1590/s0102-311x2012000200010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22331157/>. Acesso em: 18 fev. 2021.

SILVA, J.L.P; SURITA, F.G. Pregnancy in Adolescence - A Challenge Beyond Public Health Policies. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 41–43, 14 mar. 2017. DOI 10.1055/s-0037-1600899. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28293915/>. Acesso em: 18 fev. 2021.

SOUTO, R. M. C. V; PORTO, D.L; PINTO, I.V; VIDOTTI, C. C. F; BARUFALDI, L.A; FREITAS, M.G; SILVA, M.M. A; LIMA, C. M. Rape and pregnancy of girls aged up to 13 years in Brazil: characteristics and implications in health during gestation, delivery and childbirth. **Ciênc. saúde coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 9, 22 set. 2019. DOI 10.1590/1413-81232017229.13312017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28954142/>. Acesso em: 27 fev. 2021.

TORRES, T.R.F, NASCIMENTO E.G.C, ALCHIERI J.C. O cuidado de enfermagem na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Adolesc Saúde**. 2013. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=391. Acesso em: 03 Mar. 2021.

WAGNER. A; CARPENEDO, C; MELO, L; SILVEIRA, P. G. Estratégias de comunicação familiar: a perspectiva dos filhos adolescentes. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 277-282, Aug. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722005000200016>.