

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**IRISLAINE DUARTE LOPES AQUINO**

**PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE MÃES  
ADOLESCENTES COM FILHOS PREMATUROS**

**Divinópolis**

**2022**

**IRISLAINE DUARTE LOPES AQUINO**

**PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE MÃES  
ADOLESCENTES COM FILHOS PREMATUROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em  
Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Alisson Araújo

**Divinópolis**

**2022**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data 16/02/2024

Biblioteca do Campus-Centro-Oeste Dona Lindu da  
Universidade Federal de São João Del-Rei

Aquino, Irislaine Duarte Lopes.

Perfil clínico e sociodemográfico de mães adolescentes com filhos prematuros / Irislaine Duarte Lopes Aquino – Divinópolis, 2022.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSJ.

Orientador: Prof. Dr. Alisson Araújo.

1. Gravidez na adolescência.
2. Nascimento prematuro.
3. Prevalência.
4. Gestação.

Nome: Irislaine Duarte Lopes Aquino

Título: Perfil Clínico e Sociodemográfico de Mães Adolescentes com Filhos Prematuros

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 09/02/2022.

### **Banca Examinadora**

Orientador: Prof. Dr. Alisson Araújo

Instituição: Federal de São João Del-Rei, Campus Centro Oeste Dona Lindu

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dr<sup>a</sup>. Márcia Christina Caetano Romano

Instituição: Federal de São João Del-Rei, Campus Centro Oeste Dona Lindu

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dr<sup>a</sup>. Liliane da Conçolação Campos Ribeiro

Instituição: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dr<sup>a</sup>. Virgínia Junqueira Oliveira

Instituição: Federal de São João Del-Rei, Campus Centro Oeste Dona Lindu

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

A Deus seja dada toda hora e toda gloria, sem ele não teria chegado até aqui.

Ao meu esposo Salvador e meus filhos Matheus e Esther. Nada teria sentido se vocês não estivessem ao meu lado.

Dedico á minha amada, mãe que passou por tantas lutas e sofrimento para criar seus seis filhos e em muitos momentos o conforto que tinha a nos oferecer era seu colo. Se tornou luz para me guiar, secou minhas lagrimas com suas orações e me fez acreditar que seria possível, me tornar alguém na vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela companhia, força e coragem de seguir em frente, mesmo quando tudo parecia impossível, por ser a resposta as minhas preces nas horas difíceis, e mostrar que tudo vale a pena.

Ao meu esposo Salvador, que sempre me apoiou e acreditou em mim, mesmo quando eu não acreditava, obrigado por ser meu porto seguro.

Aos meus filhos Matheus e Esther por entenderem minha ausência e por renovarem minhas energias em cada instante, precioso, que ficávamos juntos.

À minha mãe Maria, mulher forte, corajosa, exemplo ilibado de caráter e honra por me incentivar a iniciar e também a não desistir desta longa caminhada.

Ao meu orientador e professor Dr. Alisson Araújo que dedicou suas minuciosas orientações.

À minha família, pelo amor, apoio, paciência e a companhia reconfortante. Sem o apoio de vocês essa etapa não seria superada com tanto gosto.

À professora Dr.<sup>a</sup> Eliete Albano que me acolheu e abriu as portas para possibilidade de me tornar Mestre.

À Universidade Federal de São João del-Rei e seus docentes, por me proporcionarem a oportunidade da pós-graduação no mestrado.

Por fim, agradeço a todos que de alguma maneira tiveram participação direta ou indireta neste estudo, o meu muito obrigada!

*“Ninguém nasce feito, ninguém nasce marcado para ser isso ou aquilo. Pelo contrário, nos tornamos isso ou aquilo. Somos programados, mas para aprender”.*

Paulo Freire, 1993

AQUINO, I.D. L. Perfil Clínico e Sociodemográfico de Mães Adolescentes com Filhos Prematuros. 2022. 98p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São João del-Rei, Divinópolis, 2022.

## RESUMO

**Introdução:** O Brasil encontra-se entre os dez países do mundo com o maior número de parto prematuro. A gravidez na adolescência é uma das situações que tem contribuído para essa condição. O estudo aponta que a gravidez na adolescência acontece com maior frequência entre meninas com menor escolaridade, baixa renda, menos acesso à serviços públicos e em situação de maior vulnerabilidade social. **Objetivo:** analisar o perfil clínico e sociodemográfico das mães adolescentes residentes no município de Divinópolis/MG que tiveram filhos prematuros no período de 2009 a 2019. **Métodos:** Trata-se de um estudo, descritivo e ecológico que compreende um intervalo histórico onde utilizou dados secundários de registros disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a partir de informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), que tem como fonte a Declaração de Nascidos Vivos (DNV) a respeito das características e o perfil epidemiológico e clínico de 361 gestantes adolescentes que tiveram filhos prematuros no período de 2009 a 2019. **Resultados:** No período avaliado observou-se que das 361 gestantes adolescente que tiveram filhos prematuros, 81,4% dos bebês nasceram entre 32 a 36 semanas. Sendo que 41,1% das gestantes realizaram mais de sete consultas de pré-natal. Ao declarar a escolaridade 72,5% das mães declararam ter de 8 a 11 anos de estudos. 89,1% declararam estar solteira. A taxa de partos vaginais foi de 72,4 %, e parto cesáreo foi 52,1%. Quanto à raça, 42,2% se autodeclararam da cor parda e 41,2% se declararam branca. **Conclusão:** É muito importante conhecer o perfil clínico e sociodemográfico das gestantes adolescentes que tiveram bebês prematuros pois possibilita ao gestor planejar e promover ações direcionadas a fim de proporcionar a continuidade do cuidado evitando complicações obstétricas e o parto prematuro.

**Palavras-chave:** Gravidez na adolescência. Nascimento Prematuro. Prevalência. Gestação.



AQUINO, I.D.L. Clinical and Sociodemographic Profile of Adolescent Mothers with Premature Children. 2022. 98p. Dissertation (Master of Nursing) - Federal University of São João del-Rei, Divinópolis, 2022.

## ABSTRACT

**Introduction:** Brazil is among the ten countries in the world with the highest number of premature births. Teenage pregnancy is one of the situations that has contributed to this condition. The study points out that teenage pregnancy occurs more frequently among girls with less education, low income, less access to public services and in situations of greater social vulnerability. **Objective:** to analyze the clinical and sociodemographic profile of teenage mothers living in the municipality of Divinópolis/MG who had premature children between 2009 and 2019. **Methods:** This is a descriptive and ecological study that covers a historical period where secondary data was used. of records available in the Information Technology Department of the Unified Health System (DATASUS) based on information from the Information System on Live Births (SINASC), which has as its source the Declaration of Live Births (DNV) regarding the characteristics and epidemiological profile and clinical analysis of 361 pregnant teenagers who had premature babies in the period from 2009 to 2019. **Results:** In the period evaluated, it was observed that of the 361 pregnant teenagers who had premature babies, 81.4% of the babies were born between 32 and 36 weeks. 41.1% of pregnant women had more than seven prenatal consultations. When declaring their level of education, 72.5% of mothers declared that they had 8 to 11 years of education. 89.1% declared to be single. The rate of vaginal births was 72.4%, and cesarean births were 52.1%. As for race, 42.2% declared themselves brown and 41.2% declared themselves white. **Conclusion:** It is very important to know the clinical and sociodemographic profile of pregnant adolescents who had premature babies as it allows the manager to plan and promote targeted actions to provide continuity of care, avoiding obstetric complications and premature birth.

**Keywords:** Teenage pregnancy. Premature Birth. Prevalence. Pregnancy in Adolescence.

AQUINO, I.D.L. Perfil clínico y sociodemográfico de madres adolescentes con niños prematuros. 2022. 98p. Disertación (Maestría en Ciencias) - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de São João del-Rei, Divinópolis, 2022.

## RESUMEN

**Introducción:** Brasil está entre los diez países del mundo con mayor número de nacimientos prematuros. El embarazo adolescente es una de las situaciones que ha contribuido a esta condición. El estudio señala que el embarazo adolescente ocurre con mayor frecuencia entre niñas con menor educación, bajos ingresos, menor acceso a servicios públicos y en situaciones de mayor vulnerabilidad social. **Objetivo:** analizar el perfil clínico y sociodemográfico de madres adolescentes residentes en el municipio de Divinópolis/MG que tuvieron hijos prematuros entre 2009 y 2019. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo y ecológico que abarca un período histórico donde se utilizaron datos secundarios de registros disponibles en el Departamento de Tecnología de la Información del Sistema Único de Salud (DATASUS) con base en información del Sistema de Información de Nacidos Vivos (SINASC), que tiene como fuente la Declaración de Nacidos Vivos (DNV) respecto de las características y perfil epidemiológico y Análisis clínico de 361 adolescentes embarazadas que tuvieron bebés prematuros en el período de 2009 a 2019. **Resultados:** En el período evaluado se observó que de las 361 adolescentes embarazadas que tuvieron bebés prematuros, el 81,4% de los bebés nacieron entre los 32 y 36 años. semanas. El 41,1% de las gestantes acudió a más de siete consultas prenatales. Al declarar su nivel de educación, el 72,5% de las madres declaró tener de 8 a 11 años de educación. El 89,1% se declaró soltero. La tasa de partos vaginales fue del 72,4% y la de cesárea del 52,1%. En cuanto a la raza, el 42,2% se declaró pardo y el 41,2% se declaró blanco. **Conclusión:** Es de gran importancia conocer el perfil clínico y sociodemográfico de las adolescentes embarazadas que tuvieron bebés prematuros ya que permite al gestor planificar y promover acciones focalizadas para brindar continuidad de la atención, evitando complicaciones obstétricas y parto prematuro.

**Palabras-clave:** Embarazo adolescente. Nacimiento prematuro. Prevalencia. Gestación.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Localização do município de Divinópolis – Minas Gerais.....	49
<b>Figura 2</b> - Localização de instituições de saúde e das ESF de Divinópolis por região sanitária.....	50

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 3.7.1.</b> Distribuição de Nascidos vivos de Mães Adolescentes a cada mil meninas de 15 a 19 anos América do Sul, no período de 1990 a 2015.....	40
<b>Tabela 3.7.2.</b> Distribuição de gestantes segundo idade materna e região (Brasil, Minas Gerais e Divinópolis) no período de 2009 a 2019.....	41
<b>Tabela 3.7.3.</b> Distribuição de gestantes adolescentes que tiveram filhos no Município Divinópolis/MG, segundo idade materna no período de 2009 a 2019.....	42
<b>Tabela 3.7.4.</b> Distribuição de gestantes adolescentes que tiveram filhos no município de Divinópolis /MG segundo idade materna no período de 2009 a 2019.....	43
<b>Tabela 3.7.5.</b> Distribuição de nascidos vivos prematuros segundo idade materna por região/ Brasil, no período de 2009 a 2019.....	46
<b>Tabela 5.1.</b> Distribuição de gestantes mães de nascidos vivos (N.V) prematuros segundo idade materna e região (Brasil, Minas Gerais e Divinópolis) no período de 2009 a 2019.....	60
<b>Tabela 5.2.</b> Distribuição de nascidos vivos prematuros e a termo filhos de mães adolescentes segundo idade materna de 10 a 19 anos no município de Divinópolis /MG no período de 2009 a 2019.....	62
<b>Tabela 5.3.</b> Distribuição de gestantes adolescentes com idade materna (10 a 19 anos) mães de nascidos vivos (N.V) prematuros segundo tempo de gestação no momento do parto por região/Divinópolis/MG no período de 2009 a 2019. ....	63
<b>Tabela 5.4.</b> Distribuição de gestantes adolescentes mães de nascidos vivos prematuros com idade materna de 10 a 19 anos, segundo número de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação no município de Divinópolis / MG no período de 2009 a 2019.....	64
<b>Tabela 5.5.</b> Distribuição de gestantes adolescentes (10 a 19 anos) mães de nascidos vivos prematuros segundo escolaridade materna no município de Divinópolis / MG no período de 2009 a 2019.....	65

<b>Tabela 5.6.</b> Distribuição de gestantes adolescentes (10 a 19 anos) mães de nascidos vivos prematuros segundo estado civil materno no município de Divinópolis/MG no período de 2009 a 2019.....	66
<b>Tabela 5.7.</b> Distribuição de gestantes adolescentes (10 a 19 anos) mães de nascidos vivos prematuros segundo via de parto materno no município de Divinópolis/MG no período de 2009 a 2019.....	67
<b>Tabela 7.8.</b> Distribuição de gestantes adolescentes (10 a 19 anos) mães de nascidos vivos prematuros segundo raça e cor materna no município de Divinópolis – MG no período de 2009 a 2019.....	68

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária á saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial ao Adolescente
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CISVE	Consórcio Intermunicipal de saúde da Região de Vale do Itapecerica
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CNES	Cadastro nacional de Estabelecimento de Saúde
CRER	Centro de Reabilitação Regional
CREST	Centro de Referência a Saúde e Segurança do Trabalho
CSSJD	Complexo de Saúde São João de Deus
DATASUS	Departamento de Tecnologia do Sistema Único de Saúde
DNV	Declaração de nascidos Vivos
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescentes
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro Geografia e Estatísticas
IG	Idade Gestacional
ISTs	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONDH	Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos
PAHO/OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDR	Plano Diretor Regional
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade
PNAD	Política nacional do Adolescente
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
RN	Recem Nascidos
SAMU	Serviço de Atendimento móvel às Urgências
SEO	Serviços Especializado em Odontologia
SINASC	Sistema de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UTIN	Unidade de terapia intensiva Neonatal
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UVS	Unidade de Vigilância em Saúde,
SAD	Serviço de Apoio a Atenção Domiciliar
SERSAM	Serviço de Referência para Saúde Mental
SEO	Serviço Especializado em Odontologia

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1</b>	OBJETIVO GERAL.....	23
<b>2.2</b>	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1</b>	ADOLESCÊNCIA.....	25
<b>3.2</b>	SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	27
<b>3.3</b>	DIREITOS DOS ADOLESCENTES AO PLANEJAMENTO FAMILIAR .....	28
<b>3.4</b>	GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA.....	31
<b>3.5</b>	ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NA ADOLESCÊNCIA.....	35
<b>3.6</b>	MÃES ADOLESCENTES COM FILHOS PREMATUROS.....	38
<b>3.7</b>	RESULTADOS PARCIAIS.....	40
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>48</b>
<b>4.1</b>	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	48
<b>4.2</b>	CENÁRIO DO ESTUDO.....	48
<b>4.3</b>	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	51
<b>4.4</b>	COLETA DE DADOS.....	52
<b>4.5</b>	ANÁLISE DOS DADOS.....	52
<b>4.6</b>	ASPECTOS ÉTICOS.....	52
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
<b>5.1</b>	ARTIGO 1 .....	55
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>78</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>



## **1 INTRODUÇÃO**

---

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescência como um período de mudanças, que vai da infância à vida adulta onde o jovem passa por um processo biológico de amadurecimento físico no intervalo de vida entre os 10 aos 19 anos. Essa fase pode ser compreendida também como uma construção histórica e social, onde o adolescente vivencia experiências diferenciadas, que se transformam conforme a dinâmica social, geográfica e familiar, em que este jovem e sua família está inserido (INDICA, 2017).

Geralmente, neste período da vida, especificamente entre os 15 e 19 anos de idade, é o momento em que se iniciam as atividades sexuais. Em países africanos, a iniciação sexual feminina acontece antes da masculina, na América Latina os rapazes iniciam as atividades sexuais antes das moças (WHO, 2020). O início das práticas sexuais expõe os adolescentes a várias situações de risco, como infecções sexualmente transmissíveis, conflitos pessoais e familiares e conseqüentemente a gravidez na adolescência (INDICA, 2017).

O estudo “Saúde Brasil”, realizado pelo do (MS) Ministério da Saúde, aponta que uma das maiores taxas de mortalidade infantil ocorre em filhos de mães mais jovens de até 19 anos, com taxa de 15,3% óbitos para cada mil nascidos vivos, índice acima da taxa nacional que é de 13,4 óbitos. Demonstrando que imaturidade biológica e condições socioeconômicas desfavoráveis podem influenciar nos resultados obstétricos. O estudo aponta ainda que a gravidez na adolescência acontece com maior frequência entre as meninas com menor escolaridade, baixa renda, que tem menos acesso à serviços públicos e em situação de maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2021).

A gravidez na adolescência vem sendo tratada como um problema de saúde pública não só no Brasil, mas também no mundo e apontada pelos profissionais de saúde, educação e da assistência social como um problema que ganha grande proporção com a diminuição da idade (OPAS, 2016). Apesar dos avanços na saúde e educação conquistados nas últimas décadas, nos países em desenvolvimento, a cada ano, aproximadamente 12 milhões de meninas de 15 a 19 anos e pelo menos 777.000 meninas menores de 15 anos se tornam mães (DARROCH, 2016; UNFPA, 2015). Atualmente, 11% de todos os nascimentos no mundo ocorrem em mães adolescentes e como consequência 23% da carga geral de doenças está relacionadas à gravidez e ao parto. A proporção de crianças natimortas entre mães

adolescentes é 50% maior do que entre mães com mais de 20 anos, sendo que aproximadamente um milhão de crianças nascidas de mães adolescentes não completam um ano de idade (OMS, 2018).

Tornar-se mãe é a realização de um sonho para várias mulheres, no entanto, no momento errado da vida, pode postergar os sonhos de uma jovem. A gravidez prematura muitas vezes leva as meninas a um ciclo vicioso de pobreza e baixa escolaridade (BRASIL, 2018).

Mães adolescentes geralmente abandonam os estudos para criarem seus filhos. Segundo o relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNFA) as adolescentes que engravidam em fase escolar têm três vezes menos oportunidade de adquirirem um diploma, e quando conseguem um emprego, elas ganham em média 24% menos do que mulheres da mesma idade e sem filhos (UNFA, 2020).

Ainda podemos mencionar outros problemas relacionados a gravidez na adolescência que também podem trazer consequências ao binômio mãe e filho, como morte materna, endometriose, baixo peso ao nascer, prematuridade, aborto inseguro ou espontâneo, condições neonatais inadequadas para atender a mãe e o bebê entre outros (AMARAL, 2007; GANCHIMEG, 2014).

Portanto, dar à luz nesta fase da vida pode trazer graves consequências. Em países de baixa renda, as complicações causadas no período gestacional e no parto são a principal causa de morte em meninas de 15 a 19 anos. As taxas de morbimortalidade são elevadas e chegam a 70 mil mortes de adolescentes por problemas na gravidez ou no parto (NEAL, et al., 2015).

Em 2018, o relatório conjunto publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF/OMS) e UNFPA/OMS corrobora outros estudos e indica que na América Latina e no Caribe a taxa de gravidez por 1.000 nascidos vivos de mulheres entre 15 e 19 anos é estimada em 65,5% dos nascidos vivos. No Brasil, esse número chega a 68,4%, sendo considerada a maior taxa de mães adolescentes da América Latina. No entanto, são índices menores do que de países Africanos (98,5 por mil nascidos vivos) e superiores às taxas da Europa (16,2 por mil nascidos vivos) e da América do norte (28,3 por mil nascidos vivos) indicando que os países precisam de medidas urgentes para melhorar os índices de gravidez na adolescência (BRASIL, 2017; BRASIL, 2021).

Divinópolis, município situado na região centro oeste mineira, possui uma distinta situação relacionada a partos prematuros e idade materna. Uma pesquisa realizada no município, que contou com uma análise realizada através do SINASC com dados de mães que tiveram filhos nos anos de 2008 a 2011 demonstrou que as mulheres com menor idade que deram à luz tiveram maiores probabilidade de ter bebês prematuros. Sendo que a maior parte dos recém-nascidos pré-termo analisados tiveram entre 32 e 36 semanas de gestação (GUIMARÃES, et al., 2017).

Já no período de 2009 a 2019 foi verificado neste mesmo sistema de informação (SINASC) um total de 2.764 adolescentes com idade de 10 a 19 anos que deram à luz no município de Divinópolis/MG, sendo que 361 destas gestantes residiam no município e tiveram seus filhos com menos de 36 semanas de gestação, ao verificar taxa de partos prematuros entre essas adolescentes constatou-se um aumento subindo de 8,2% em 2009 para 14,6% em 2019. Apesar da base de dados demonstrar que diminuiu o número de parturientes adolescentes, ainda assim constatou-se que os partos de bebês prematuros aumentou consideravelmente entre essas mães adolescentes (SINASC/DATASUS, 2021).

O município de Divinópolis/MG apresentou redução no número de partos de recém-nascidos entre 22 a 36 semanas de gestantes adolescentes e mantém a média de número de partos prematuros na faixa etária de 10 a 14 anos. Entretanto os partos em gestantes com faixa etária de 15 a 19 anos apresenta uma oscilação que chama atenção. No ano de 2012 ocorreram 40 nascimentos com queda para 24 nascimentos no ano seguinte sendo o menor número no período avaliado (SINASC/DATASUS, 2021).

O perfil de morbimortalidade de Divinópolis difere pouco do perfil das demais cidades da macrorregional. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 6,28 por 1.000 habitantes, assemelhando-se à taxa da Macrorregional Centro-Oeste (5,8% por 1.000 habitantes).

Neste contexto, considerando a relevância do tema para as políticas públicas direcionadas ao cuidado da adolescente na gestação e ao recém-nascido prematuro esse estudo busca conhecer qual o perfil clínico e sociodemográfico das mães adolescentes com idade de 10 a 19 anos que tiveram filhos prematuros no município de Divinópolis (Minas Gerais) no período de 2009 a 2019.

O presente estudo tem como pergunta de pesquisa: Qual o perfil clínico e sociodemográfico das mães adolescentes, residentes no município de Divinópolis (MG), que tiveram bebês prematuros no período de 2009 a 2019?

Os dados a serem analisados são significativos e nos remetem a uma reflexão a respeito da necessidade em: 1) melhorar a qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério já oferecida às adolescentes; 2) diversificar a abordagem sobre prevenção da gravidez na adolescência com desfecho na prematuridade incluindo, também, componentes socioeducacionais e comportamentais com objetivo de garantir a efetividade das políticas públicas; e 3) aumentar a autonomia e a capacidade de responsabilização para reduzir os casos de gravidez não intencional na adolescência e suas consequências ao recém-nascido.

Neste sentido conhecer o perfil e os indicadores dessas mães adolescentes que tiveram filhos prematuros irá proporcionar aos gestores e aos profissionais de saúde que realizam a assistência à criança, mãe adolescente e família um planejamento de ações com foco nas necessidades reais desse grupo específico. Essa premissa é destacada na Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde do ano de 2018 que define no eixo 14.1 que se realize análise sociodemográfica e dos fatores associados à mortalidade materna, considerando a alta prevalência de gravidez na adolescência com desfecho em partos prematuros no Brasil. No ano de 2019, foi instituída no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, a ser realizada anualmente com objetivo de isseminar informações a respeito de medidas preventivas e educativas que colaborem para a redução da prevalência da gravidez na adolescência (ECA, 1990; BRASIL, 2018).

## **2 OBJETIVO**

---

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o perfil clínico e sociodemográfico das mães adolescentes residentes no município de Divinópolis/MG que tiveram filhos prematuros no período de 2009 a 2019.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer o perfil sócio-demográfico das mães adolescentes residentes no município de Divinópolis/MG que tiveram filhos prematuros;
- Obter o perfil clínico das mães adolescentes residentes no município de Divinópolis/MG que tiveram filhos prematuros
- Descrever as características maternas e clínicas.

**3 REVISÃO DE LITERATURA**

---

**3 REVISÃO DE LITERATURA**



### 3.1 ADOLESCÊNCIA

A adolescência é compreendida como um momento de transformação do sujeito, contextualizado do momento que vai da infância a vida adulta. É considerada uma fase da vida humana marcada por profundas mudanças fisiológicas, psicológicas, afetivas, intelectuais e sociais, envolvendo a sexualidade e a revelação de uma nova estrutura corporal que ocorre de maneira rápida e profunda. O Brasil possui 51.402.821 milhões de jovens e adolescentes com idade entre 10 e 24 anos, o que representa 36,89% da população total do país (BRASIL; BUSSMANN, C. E; PRETTO B, 2017).

Na Idade Média, o sujeito dificilmente era reconhecido pelas fases de vida ligadas a idade individual, tanto a infância quanto a adolescência não eram reconhecidas como etapas do desenvolvimento. Nesta fase ainda não existiam os códigos sociais vestimentares que identificavam cada faixa etária, (Coutinho, 2009, p. 31). De acordo com Levisky (2004), a grande preocupação dos familiares dessa época de transição da infância para a vida adulta eram a castidade e o casamento. Esse momento de vida dos jovens não significavam grandes preocupações: “os filhos seguiam os ofícios dos pais: se artesãos continuavam artesãos, os representantes da aristocracia feudal seguiam na vida militar ou religiosa e o camponês permaneciam camponês” (Levisky, 2004, p.129).

De acordo com Coutinho (2009) a adolescência se consolidou como uma condição social a partir do século XX, a Organização Mundial da Saúde (OMS) também define que esta fase da vida de meninos e meninas está relacionada a aspectos ligados ao desenvolvimento físico que ocorrem na transição da infância para a vida adulta, devendo-se levar em conta as experiências singulares que se diferenciam de acordo com o contexto social, familiar e comunitário em que o mesmo está inserido, este ambiente se modifica de acordo com a evolução do tempo. Apesar desta definição a adolescência não deixa de ser uma construção histórica e social (BRASIL, 2017).

Segundo Nasio (2011) a adolescência é um período em que meninas e meninos vivenciam momentos de crise marcados pela revelação de um novo lugar social. Onde essas crises se manifestam através de neuroses, sendo uma delas a “neurose de crescimento”, que é vivenciada através do luto da infância perdida. De acordo com Calligaris (2011) para a sociedade, ser adolescente é iniciar a uma fase da vida onde já se teve tempo para adquirir

valores culturais, capacidade para se reproduzir e assumir atividades de trabalho competindo de igual para igual com quem já está inserido no mercado de trabalho, assumindo funções que ainda não estariam prontos para exercer visto que apesar da maturação de seu corpo, lhe faltaria maturidade para realizar tais funções.

A Assembléia Geral, principal órgão deliberativo da Organização das Nações Unidas (ONU), reconhece como adolescentes as pessoas com idades entre 10 e 19 anos; jovens as pessoas com idades entre 10 e 24 anos e a juventude corresponde ao período da vida que se estende dos 15 aos 24 anos. Do ponto de vista jurídico o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescente toda pessoa entre 12 e 18 anos incompletos, o Estatuto se aplica também àqueles entre 18 e 21 anos de idade (ECA, 1990).

De acordo com Ayres (1993) definir o conceito de adolescência através do olhar biomédico e somente como uma etapa do desenvolvimento humano ou de transição da infância para a vida adulta, é atribuir uma natureza não histórica ao conceito. Segundo ele, é necessário ir além de uma visão generalista a respeito desse grupo social, compreendendo seu contexto histórico. Permitindo somar ao viés biológico as condições concretas da sua realidade social (INDICA, UNICEF, UNPA, 2017).

Por essa razão, mesmo que exista um grupo etário em que se agrupe várias características, ainda assim a adolescência não pode ser vista de maneira única, com orientações que devem ser realizadas para todo grupo indistintamente. Devido a isso vários especialistas utilizam a denominação adolescências, no plural, definição que consegue abranger perspectivas de aprendizado e domínio de experiências que esses indivíduos dão às suas existências (INDICA, UNICEF, UNPA, 2017).

O público adolescente e jovem vive uma situação social única, independente da geração, do momento social, econômico, político e cultural do seu país e do mundo. Entretanto, o contexto social e cultural em que ele está inserido irá determinar o seu modo de ser de acordo com sua idade, geração, moratória vital, classe social, e dos marcos institucionais e de gênero presentes (MARGULIS; URRESTI, 1996; ABRAMO, 2005).

### 3.2 SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A sexualidade é definida como um conjunto de acontecimentos que transpõe todas as particularidades da nossa existência. A princípio, é vista como um fenômeno biológico. No

entanto, é também social e psicológico, constitui-se por múltiplos fatores, que se manifestam desde o nascimento. A sexualidade não está associada somente a reprodução biológica. Ela é determinada pela organização social e pelas relações constituídas entre indivíduos que nela estão inseridos, recebendo influências dos mitos e tabus culturais (BRASIL, 2018).

“O direito de viver a sexualidade com respeito pelo próprio corpo e do(a) parceiro(a), de escolher o(a) parceiro(a) sexual sem medo, culpa, vergonha ou falsas crenças, de escolher sequer ou não ter uma relação sexual sem fins reprodutivos, de expressar livremente sua orientação sexual, de ter acesso à informação e à educação sexual e reprodutiva, entre outros que possibilitam a expressão livre da sexualidade, são direitos sexuais” (BRASIL, 2010a p.88).

Na adolescência aflora a sexualidade através de diferentes sensações e desejos trazendo à tona a necessidade de relacionar com outras pessoas, diante desse contexto ocorrem mudanças de hábitos, comportamentos e atitudes. Vários fatores definem o modo que os adolescentes demonstram esta sexualidade. Influências de valores, crenças, normas morais, mitos e tabus associados a qualidade das relações afetivas e emocionais de convivência do seu círculo familiar e comunitário na infância e na atualidade, transformações físicas, psicológicas, cognitivas e sociais transferidas pelo processo de desenvolvimento e início da capacidade reprodutiva (BRASIL, 2018).

Sendo assim, o adolescente constantemente é tomado por sentimentos conflitantes, a falta de segurança, o surgimento de dúvidas, a timidez, o temor de não ser aceito pelo grupo. Tais situações levam o adolescente a apresentar dificuldades ou mesmo ser influenciado de forma negativa no momento de tomar decisões a respeito da própria saúde. Como exemplo evidencia-se a objeção em negociar a utilização de preservativos nas atividades sexuais, intensificando ameaça de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e de gravidez não planejada (SILVA, 2015).

As recorrentes mudanças sofridas pela sociedade relacionadas às normas e condutas sociais têm quebrado tabus referentes à liberdade sexual. Este fenômeno tem colaborado para adoção de condutas permissivas, banalizando as práticas sexuais que tem contribuído para seu início precoce (COSTA, 2016). Sendo assim, após a descoberta e o início precoce das práticas sexuais, os adolescentes se tornam mais vulneráveis a infecções sexuais transmissíveis (ISTs), conflitos entre seus parceiros e gravidez na adolescência (BRASIL, 2017).

A gravidez na adolescência e juventude é um problema que envolve questões

relacionadas a saúde, educação, direitos, situações, sendo considerada uma questão onde todos os esforços estão voltados para saúde sexual e reprodutiva, pois as mesmas estão intimamente ligadas. São as dúvidas e questões relacionadas a estes âmbitos da saúde que mais levam o adolescentes a buscar o serviço de assistência, por isso os profissionais devem estar sempre atentos em utilizar os dispositivos e ferramentas disponíveis para efetivar a atenção voltada ao crescimento e desenvolvimento do adolescente e, quando necessário, dar uma maior atenção a assistência pré-natal (SANTOS, et al., 2017).

De acordo com documentos nacionais norteadores em relação a saúde do adolescente, o mesmo deve ter prioridade. O profissional responsável por seu atendimento deve acolher suas demandas com objetivo do desenvolvimento da autonomia no que tange a questões relacionadas à sexualidade e planejamento reprodutivo, devendo assumir o compromisso de contribuir e garantir os direitos sexuais e reprodutivos dessa população (BRASIL, 2010; SANTOS, et al., 2017; BRASIL, 2018).

### 3.3 DIREITOS DOS ADOLESCENTES AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Muito embora a utilização de métodos contraceptivo hormonal aconteça há mais de 50 anos, essa temática ainda é bastante estudada e levanta muitas dúvidas e controvérsias quando o assunto está relacionado ao público adolescente (DHONT, 2010).

Segundo Borges (2005) no Brasil o início da atividade sexual varia entre 13 a 19 anos, com maior ênfase aos 15 anos. Geralmente os meninos iniciam a prática antes das meninas. Essa iniciação sexual ocorre quase sempre na própria residência das (os) adolescentes. Sendo que cerca de 60% dos adolescentes declararam ter utilizado alguma forma de preservativo na primeira relação sexual.

No entanto, um estudo mais atualizado que analisou indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes com base nos dados das três edições da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) evidenciou que a idade média de iniciação sexual dos adolescentes brasileiros é de 13 anos, sendo que 19,5% da amostra informaram não utilizar nenhum método de proteção (FELISBINO-MENDES, et al., 2018).

A opção por um método contraceptivo é uma decisão individual, onde deve-se levar

em conta particularidades referentes aos aspectos clínicos da mulher, incluindo idade, fatores de risco e doenças associadas. Ainda que a idade isoladamente não indique contraindicações aos diferentes contraceptivos, alguns ciclos da vida feminina, como por exemplo a adolescência, trás consigo muitas dúvidas em relação ao método mais adequado (FEBRASGO, 2017).

A adolescência é uma etapa do ciclo de vida onde quaisquer decisão relacionada ao individuo na faixa etária de 10 a 19 anos deve ser vista com muito cuidado, sendo necessário sempre considerar os aspectos ético-legais envolvidos, incluindo as considerações especiais a respeito da anticoncepção (FEBRASGO, 2017).

A Constituição Federal Brasileira (CFB), através do artigo 226, garante o direito ao planejamento familiar livre de coerção e o (ECA) Estatuto da Criança e do Adolescente (lei No 8069 de 13/07/90) dispõe claramente sobre questões importantes no atendimento de adolescentes que requerem métodos contraceptivos, fundamentados nos direitos de privacidade e confidencialidade (ECA, 1990).

O adolescente tem direito à educação sexual, ao acesso à informação sobre contracepção, à confidencialidade e ao sigilo de sua atividade sexual, e ainda direito à prescrição de métodos anticoncepcionais, respeitadas as ressalvas do Artigo 74, Código de Ética Médica. O profissional que optar por prescrever métodos contraceptivos para o adolescente não estará ferindo nenhum preceito ético, portanto não deverá temer nenhuma penalidade legal (ECA, 1990).

Já em relação à prescrição de anticoncepcionais para menores de 14 anos, a presunção de estupro deixa de existir quando o profissional possui informação de sua não ocorrência. Nesse caso, devem ser consideradas todas as medidas cabíveis para melhor proteção à saúde da paciente, conforme a Lei nº 8069/90. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o que retira qualquer possibilidade de penalidade legal (ECA,1990).

Ainda em relação a legislação brasileira, o artigo 3º do decreto de Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 do Código Penal, passou a vigorar acrescido dos seguintes artigos. 217-A, 218-A, 218-B, 234-A, 234-B e 234-C: sendo que o Art. 217-A. considera “Estupro de vulnerável”. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos com pena de reclusão, de oito a 15 (quinze) anos.

Ainda assim inúmeros estudos mostram que os profissionais de saúde não se sentem capacitados para uma assistência direcionada ao público adolescente, especialmente no que

está relacionado aos seus aspectos éticos e legais (BRASIL, 2013).

Um dos maiores desafios para os serviços de assistência aos adolescentes é o de implementar ações de saúde que realmente atendam às demandas específicas que envolvem essa fase de vida, de maneira integral de acordo com as diferentes situações e contextos de vida apresentados por esses jovens e adolescentes. Sempre considerando as desigualdades de gênero, de raça/cor, de orientação sexual e de classe social, sempre contribuindo para a superação de quaisquer problema a respeito dessa temática (BRASIL, 2013).

Portanto, é tão importante para os adolescentes e jovens compreender o funcionamento do seu corpo compreendendo os sentimentos que surgem com as mudanças fisiológicas assim como conhecer seus direitos e deveres para que assim possam fazer escolhas em suas vidas que melhor favoreçam a expressão da sua sexualidade (BRASIL, 2013).

Não há como negar a evolução das estratégias de prevenção à gravidez na adolescência, mesmo assim é possível encontrar dúvidas e preconceitos ainda que em profissionais de saúde. Existem os que negam a contracepção aos adolescentes por falta de conhecimento técnico e muitas vezes por não aprovar o início das atividades sexuais nessa fase de vida (SVANEMYR. J, et al., 2012).

De acordo com documentos nacionais norteadores em relação a saúde do adolescente deve ser prioridade acolher estas demandas com vistas ao desenvolvimento da autonomia no que tange questões sexuais, de sexualidade e planejamento reprodutivo, com contribuições e compromissos com a garantia de direitos sexuais e reprodutivos a estas populações (BRASIL, 2010; SANTOS, et al., 2017; BRASIL, 2018).

Em 2020 o Ministério da mulher, da família e dos Direitos humanos trouxe a proposta de indicação da abstinência sexual como método eletivo para prevenção de situação de à saúde sexual e reprodutiva com destaque à redução da gravidez na adolescência (SBP, 2020).

A gravidez na adolescência além de ser uma questão de saúde pública é um assunto que demanda maiores informações e esclarecimentos para serem repassados com responsabilidade aos pais e adolescentes (SBP, 2020).

O início precoce das atividades sexuais somados a falta do uso de métodos contraceptivos, a dificuldade de acesso a programas de planejamento familiar e a falta de informações adequadas aos jovens são questões que contribuem para o aumento da gravidez na adolescência. A complexidade que abrange o tema sexualidade na adolescência vai muito

além da abstinência sexual. A desigualdade social que muitos jovens enfrentam aumenta a vulnerabilidade e a exposição precoce aos comportamentos sexuais de risco. Muitos são os desafios é necessário desenvolvimento de políticas públicas baseadas em evidências científicas para obtenção de resultados de saúde plena tanto individual como coletiva (SBP, 2020).

### 3.4 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A literatura traz duas representações a respeito da gravidez na adolescência. Uma a considera como um problema social e é amparado por estudos que, apesar de admitir que ocorra por diferentes naturezas das causas, se concentram nas vulnerabilidades e nos riscos/perigos que afetam parte das adolescentes gestantes. Outra colocação a define como um fenômeno social, peculiar em que um conjunto de circunstâncias, condições sociais e culturais do meio aos quais os adolescentes e seus familiares estão inseridos deve ser levado em consideração. Esses conceitos divergentes de definir a gestação influenciam os comportamentos as decisões e atitudes não só dos jovens, familiares como dos profissionais de programas sociais e dos serviços de atenção à saúde das mulheres gestantes. De modo que esse olhar e comportamento refletem diretamente na assistência dos trabalhadores que se relacionam com as adolescentes gestantes, o pai/parceiro e seus familiares (INDICA, UNICEF, UNPA, 2017).

A gravidez na adolescência trata-se de uma temática mundial que acontece em países em desenvolvimento assim como em países desenvolvidos. Segundo a OMS (2020), é um fenômeno global, entretanto existe uma probabilidade maior de ocorrência de gravidezes em situações socioeconômicas não favoráveis, geralmente incentivadas pela pobreza e falta de educação/escolaridade e oportunidades de trabalho. Podem-se elencar várias razões que contribuem para gravidezes indesejadas em todo mundo, a pressão para casar e ter filhos cedo, falta de perspectivas educacionais e de trabalho, desconhecimento a respeito de métodos contraceptivos (onde adquiri-los e como utilizá-los), ou até mesmo violência sexual e doméstica. Atualmente existem pelo menos 10 milhões de gravidezes indesejadas anualmente entre jovens adolescentes de 15 a 19 anos em regiões em desenvolvimento (OMS, 2020).

A taxa de fecundidade é um dos indicadores de qualidade de vida de um país, quando esse indicador é muito alto, significa que o país é menos desenvolvido, refletindo o quão precário é a educação e a atenção e assistência à saúde dessa população (SANTOS; GUIMARÃES; GAMA, 2016).

O conceito de adolescência tem diferentes significados e varia dependendo do período histórico e do local atribuído ao adolescente. É um fenômeno que pode ocorrer na trajetória de vida de meninas e meninos. Tal como a adolescência, a literatura sociológica caracteriza a gravidez como um fenômeno social (INDICA, UNICEF, UNPA, 2017).

O século XX é um divisor de águas na vida das mulheres, que colocou em evidência seu papel social. As transformações econômicas que ocorreram no início do século, estimulou os casais a diminuir o número de filhos. As meninas em busca de conhecimento começaram a se matricular nas escolas em consequência disso a taxa de alfabetização aumentou. Diante de mais informações as mulheres começaram a controlar sua própria fecundidade, em decorrência dessa decisão a taxa de nascimentos de bebês diminuiu (UNFPA, 2018). As transformações ocorridas ao longo do século evidenciaram as mudanças de comportamento das adolescentes. Entretanto na atualidade o que se observa é uma maior autonomia sobre suas próprias decisões. Podendo optar sobre quando casar, usar ou não anticoncepcional, adiar sua experiência sexual ou o primeiro parto (LIAN, et al., 2019).

Embora as adolescentes tenham adquirido autonomia e liberdade o conceito adolescer não deixou de ser um período de conhecimento e grandes modificações, esse desabrochar trás descobertas que leva o adolescente ao aumento da pratica sexual, e como resultado pode ocorrer à gestação precoce na adolescência (AZEVEDO, et al., 2015, p. 1). Dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (M S) mostram que em 2018 no Brasil, 21.154 bebês nasceram de mães com menos de 15 anos de idade (BRASIL, 2020).

A transformação física que acontece em meninas no período da adolescência pode levá-las a se tornar vítimas de abuso sexual dentro do núcleo familiar ou fora dele, e como consequência levá-la a uma gravidez precoce, indesejada e desprotegida pelo poder público. Isso sem levar em conta a proibição ou burocracia da autorização do aborto mesmo em casos de estupro. Problemas relacionados à falta de conhecimento a respeito da sexualidade, do corpo e noções de violência são potencializados pela falta de educação sexual no sistema de ensino público (FUNES, 2021).



De acordo com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), das 7,3 milhões de meninas e jovens grávidas no mundo, dois milhões tem menos de 14 anos. As consequências geradas pela gravidez precoce trazem danos à saúde, educação, emprego causando aumento da vulnerabilidade e diminuindo sua autonomia na fase adulta. Entre as causas de maternidade precoce estão os elevados índices de casamentos infantis, organizados pelas próprias famílias, a extrema pobreza, violência sexual e falta de acesso aos métodos anticoncepcionais (UNFPA, 2013; INDICA, 2017). Existem também ocorrências de gestações precoces na família, pois muitas vezes as adolescentes grávidas vêm de famílias cujas mulheres engravidaram durante a adolescência (PEREIRA, et al., 2017).

No ano de 2016 o Ministério da saúde realizou a pesquisa “Nascer Brasil “indicando que 66% das gestações em adolescentes não são planejadas e cerca de 75% das mães adolescentes estavam fora da escola, segundo a Política Nacional Atenção ao Adolescente (PNAD, 2013), o que pode trazer impactos sociais e econômicas, além de emocionais, para as mães adolescentes” (BRASIL, 2021). Nesse sentido, engravidar nesta faixa etária além de levar a complicações obstétricas como ruptura prematura de membranas, transtorno hipertensivo na gestação, edema e hemorragia no início da gravidez, induzindo a cesariana precoce pode também afetar o recém-nascido, causando nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, macrosomia e índice de Apgar no primeiro e no quinto minuto menor que sete (TABORDAJA, et al., 2014).

No Brasil, de 1996 a 2018, foram registrados 38.919 óbitos maternos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), sendo que aproximadamente 67% decorreram de causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Somente no ano de 2018, foram registrados um total de 30 óbitos maternos sendo 13 em meninas com idade entre 10 e 14 anos e 17 em mulheres com idade entre 45 e 49 anos, faixas etárias consideradas extremas para a fecundidade (BRASIL, 2020). Em pais subdesenvolvidos aproximadamente 70 mil adolescentes vêm a óbito todos os anos por causas relacionadas à gravidez e ao parto (UNFPA, 2013). A taxa de mortalidade materna entre 15 e 19 anos de idade é de 260 a cada 100 mil nascidos vivos, enquanto entre mães de 20 a 24 anos é de 190 a cada 10 mil nascidos vivos<sup>15</sup> (LIANG, et al., 2019).

Estudo realizado no Canadá em 2000 conclui que mães adolescentes têm maiores

chances de dar à luz a bebês prematuros, BPN ou natimortos. Demonstra ainda que exista uma maior prevalência de resultados adversos no parto de adolescentes grávidas do que em mulheres adultas. Indicando que existe a necessidade de investigar quais os fatores que corroboram para essas diferenças assim como as relações entre gravidez em adolescentes, e mulheres maduras. (DE MARCO, et al., 2021)

A publicação “Gravidez na adolescência no Brasil- Vozes de meninas e especialistas” trouxe a concepção de que a gravidez na adolescência pode ser resultante de um ou mais macrofatores causais sendo eles:

- Descompasso entre o desejo sexual e o risco de gravidez, que pode resultar na gravidez não planejada (‘escapulida’);
- Vontade da maternidade, que resulta na gravidez desejada;
- Necessidade de mudança de status social, que resulta na gravidez estratégica;
- Violência sexual, que resulta na gravidez indesejada ( INDICA, 2017).

A gravidez na adolescência tem sido um desafio para a saúde pública, várias são as consequências, abortos provocados, realizados clandestinamente, podendo evoluir para hemorragias, infecções, perfurações uterinas levando a adolescente a óbito materno. Existe ainda os riscos biológico dessa gravidez, quando associada a outros fatores, como desnutrição e acompanhamento tardio do pré-natal entre outros. Outro risco levantado é o risco psicossocial, pois a gestação pode corroborar para a evasão escolar e dificultar o acesso ao mercado de trabalho. É importante a captação precoce para o início do pré-natal garantindo que a gestação da adolescente transcorra sem intercorrências (INDICA, 2017).

Estudo desenvolvido no Hospital Municipal e Maternidade-Escola localizada na Zona Norte da cidade de São Paulo, referência para atendimentos obstétricos e neonatais de alta complexidade, demonstrou que a gravidez na adolescência não está relacionada de modo direto à desinformação sobre contraceptivos ou sexualidade, e que nem sempre é indesejada podendo ser caracterizada através do desejo inconsciente de ser mãe (CERQUEIRA, BARROS, 2020).

### 3.5 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NA ADOLESCÊNCIA

O acompanhamento pré-natal da adolescente deve ser um processo onde os profissionais da assistência devem associar aos procedimentos técnicos uma abordagem

considerando questões emocionais, sociais e familiares levando a adolescente, seu parceiro e familiares a reflexão a respeito do significado e as implicações do momento que estão vivendo. A equipe de saúde deve garantir um atendimento integral utilizando recursos que proporcionem aos envolvidos buscarem alternativas de lidar com a situação da melhor maneira possível (BRASIL, 2017).

É necessário identificar no território todas as gestantes adolescentes e em especial as que estão em situação vulnerabilidade social (vivendo na rua, em conflito com a lei, usuárias de álcool e outras drogas, indígenas, quilombolas, ribeirinhas, de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família). Essas gestantes devem ser acolhidas e receber cuidados diferenciados, de acordo com as suas necessidades e demandas de saúde. Na avaliação do risco gestacional em todas as adolescentes grávidas deve-se realizar o diagnóstico precoce e de intercorrências incluindo as variáveis psicossociais para a prevenção de situações de risco (BRASIL, 2017).

A cobertura do pré-natal no Brasil se compoem por programas governamentais, com destaque ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), estabelecido pelo Ministério da Saúde em 2000. Este tem como objetivo melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, o parto assistido, o cuidado ao pós-parto e ao recém-nascido (WHO, 2012; VIELLAS, et al.,2014).

Um pré-natal adequado deve ser iniciado até o quarto mês de gestação, onde a gestante deve realizar no mínimo, seis consultas de acompanhamento incluindo os exames necessários. Em 2011 com objetivo de complementar atenção ao pré-natal qualificando e a atenção materno infantil assegurando direitos a uma atenção humanizada e de qualidade foi criada a rede cegonha. (BRASIL, 2011).

A assistência ofertada as gestantes adolescentes de ser qualificada, com abordagem diferenciada, considerando a necessidade de um maior número de consultas e as questões éticas e legais devem ser levadas em consideração. Pela possibilidade de vulnerabilidade em adolescentes grávidas as principais comorbidades a serem rastreadas são as doenças hipertensivas específicas da gravidez, da anemia, de infecções e da prematuridade (BOUZAS; CADER; LEÃO, 2014).

É imprescindível que os serviços de saúde se organizem com setores afins de modo a garantir o direito das adolescentes gestantes: relacionados à manutenção dos seus estudos em

processo diferenciado. (Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975), e a assistência da rede de proteção social, quando for preciso, para os futuros pais e mães adolescentes.

Em decorrência das condições fisiológicas, psicológicas e sociais adequadas ao seu desenvolvimento, as quais não se encontram totalmente elaboradas na respectiva faixa etária. as adolescentes grávidas necessitem receber um atendimento diferenciado das demais gestantes e pode ser realizado de acordo com o manual “A Adolescente Grávida e os Serviços de Saúde no Município” a:

estabelecer dias e/ou horários específicos para a atenção das adolescentes grávidas; ii) manter agenda aberta para a adolescente, sem necessidade de marcar consulta; e iii) o profissional tenha disponibilidade para ouvir a adolescente, tirar as suas dúvidas e prestar os esclarecimentos necessários, mesmo que necessite dispensar mais tempo na consulta (BRASIL, 2000, p. 9).

O Ministério da Saúde orienta que as consultas no período de pré-natal se iniciem o quanto antes no primeiro trimestre e que sejam realizadas no mínimo seis consultas se possível, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro e último trimestre (BRASIL, 2006).

Várias situações podem levar ao acompanhamento tardio e/ou ao número menor de consultas realizadas do que o preconizado pelo Ministério da Saúde no pré-natal, pode ser devido a dificuldade de reconhecer e aceitar a gestação, a falta de apoio e o relacionamento com os familiares da adolescente e/ou aos obstáculos de agendar a primeira consulta no pré-natal (BARALDI, 2007).

Estudo realizado com objetivo de avaliar aspectos da qualidade da atenção pré-natal prestada na rede básica de saúde em todo o Brasil identificou iniquidade relacionada à idade das gestantes, onde os resultados apontaram que as adolescentes ficaram com os mais baixos índices em vários aspectos analisados, com destaque a acesso e desfechos isolados - exame físico, orientações e exames complementares (TOMASI, et al., 2017).

A baixa adesão ao pré-natal das gestantes adolescente pode ser explicada pelos problemas enfrentados por elas, relacionados ao processo de trabalho nas Unidade Básica de Saúde/Estratégia de saúde da Família como por exemplo os agendamentos tardios das consultas, o desenvolvimento ineficaz das consultas e a infraestrutura inadequada das unidades. Uma das

maiores queixas dos usuários é a deficiência no atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (ATB) assim como a ausência ou escassez de profissionais na maior parte do tempo, prejudicando o funcionamento adequado do serviço e à marcação das consultas (AGUIAR FAR, et al., 2018).

Estudo de Oliveira, et al. (2016) observou que em relação a qualidade do pré-natal na rede de atenção básica de saúde muito se tem avançado, no entanto, em algumas situações ainda é possível identificar a captação tardia das gestantes, o que pode vir a comprometer a saúde materno-infantil, é necessário que seja assegurado as gestantes o direito a um pré-natal de qualidade e de fácil acesso conforme preconizado pelo Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (FIGUEIREDO, 2008).

O atendimento pré-natal deve acontecer de forma singular para cada gestante adolescente, pois os contextos sociais, culturais e familiares são distintos de uma para outra. Além de necessitar de uma atenção especial devido aos riscos apresentados pela gestação acontecer na fase de vida de desenvolvimento fisiológico da adolescente (BRASIL, 2012).

A descrição dos indicadores de qualidade da atenção pré-natal a nível Brasil sob análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade apresentou como objetivo descrever os indicadores de qualidade da atenção pré-natal a nível Brasil. Ao concluir o estudo, observou-se que a escassez de políticas públicas específicas para os adolescentes nas unidades de atenção básica à saúde se reflete através do menor acesso das adolescentes a assistência de pré-natal (TOMASIE, et al., 2017).

A rede de atenção à saúde deve ser organizada de maneira regionalizada e hierarquizada, com o objetivo de disponibilizar atendimento necessário às necessidades de sua população no caso de gestantes adolescentes, é importante evidenciar que um sistema bem estruturado, pode resultar em assistência mais eficaz, com resultados positivos nos indicativos de mortalidade perinatal e gestação de risco (BRASIL, 2000, p. 13).

### 3.6 MÃES ADOLESCENTES COM FILHOS PREMATUROS

O Brasil encontra-se entre os dez países do mundo com o maior número de parto/nascimento prematuro. A gravidez na adolescência é uma condição que tem contribuído para essa colocação pois a média nacional no país fica em torno de 6,6% (BRASIL, 2010).

É considerado prematuro o nascimento que acontece anterior as 37 semanas de gestação e está expressamente relacionado a intercorrências obstétricas e condições crônicas na infância sendo considerado a principal causa de internação em Unidade de terapia intensiva Neonatal (UTIN) (WHO, 2021).

Segundo Binstock, et al. (2016), a falta de acesso aos bens e serviços de saúde que possibilitem a efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos contribuem para a gravidez na adolescência e sucessiva maternidade. Para a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) (2016), essa ausência reflete profundamente na vida das adolescentes e as consequências se apresentam através de respostas ineficientes na saúde do binômio mãe e filho, além de interromper um ciclo de vida desviando-os do ensejo das oportunidades educacionais e do mercado de trabalho, corroborando para propagação da pobreza.

O parto prematuro é um acontecimento na vida da puérpera que pode causar trauma pois essa mãe irá enfrentar dificuldades que não estava esperando, como a possibilidade do recém-nascido vir a óbito é um fenômeno que pode interferir no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê, pois com a internação do recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a puérpera vive um misto de sentimentos que a leva a sentir-se incapacitada de exercer a função materna e destituída da função de oferecer ao filho os cuidados necessários para sua sobrevivência. Diante disso o parto é considerado prematuro tanto para o bebê como para a mãe, pois o recém-nascido não corresponde ao bebê que fora imaginado por essa mãe (PONTES & CANTILLINO, 2014; DELGADO, 2002).

De acordo com Williamson (2013), aproximadamente um milhão de crianças nascidas de mães adolescentes não completam um ano de idade. A literatura demonstra que a probabilidade de nascimento de bebês prematuros com baixo peso ao nascer, problemas neurológicos, doenças infantis e morte perinatal de mães adolescentes são muito maiores. (KHASHAN, et al.; 2010; SANTROCK, 2014; SMITH & PELL, 2001; WILLIAMSON, 2013).

De acordo com Kawakita, Wilson, Grantz, Landy, Huang & Gomez-Lobo (2016) após realizaram um estudo com 43.537 mulheres com idade inferior a 25 anos nos Estados Unidos, concluíram que quanto mais jovem a mulher, maior a chance de parto prematuro.

Resultados de um estudo realizado no Hospital Esaú Matos no município de Vitória da Conquista – Bahia identificaram a associação entre a adolescência e o parto prematuro. O parto prematuro em gestantes adolescentes além de ser considerado um problema de saúde pública contribui com a taxa de mortalidade infantil, a baixa escolaridade e onera o financiamento do sistema público de saúde (BULHÕES, et al., 2017).

Um estudo populacional brasileiro identificou que as mulheres que engravidaram com idade entre 10 a 14 anos tiveram maior incidência de partos prematuros quando comparadas com aquelas entre 15 a 19 anos (SOUZA, et al., 2017).

Um trabalho realizado em Santa Catarina/Brasil detectou que a maioria das gestantes adolescentes que tiveram parto prematuro se encontrava na faixa etária de 10 a 14 anos de idade, as mesmas não realizaram o número de consultas preconizadas de pré-natal e ainda pertenciam a um grupo de risco com maior potencial de desenvolver situações adversas na gestação (SOUZA, et al., 2017). Outro estudo na cidade de Piracicaba em São Paulo apontou que, a maioria dos partos prematuros foram das mães de menor faixa etária de 10-14 anos, sendo que as gestantes que não foram monitoradas apresentaram uma maior prevalência de prematuridade em relação às gestantes monitoradas (TUON, et al., 2016).

A gravidez na adolescência pode levar a um maior risco para o nascimento de um bebê prematuro e de baixo peso. A condição de prematuridade e baixo peso aumentam a prevalência de óbitos até o primeiro ano de vida, assim como a frequentes reintegrações, saúde frágil e a atrasos ou comprometimento do desenvolvimento e do comportamento da criança (FARIA, 2020).

### 3.7 RESULTADOS PARCIAIS

A tabela a seguir demonstra que a redução nas taxas de gravidez na adolescência nos países da América do Sul vem ocorrendo desde 1990 e que o Brasil vem acompanhando os índices de queda dos países vizinhos. Em 2017 o relatório da Organização Pan-Americana de Saúde (PAHO), aponta que a média brasileira de 80% dos recém nascidos filhos de mães adolescentes para cada mil meninas de 15 a 19 anos, apresentada entre 1990 a 1995 caiu para 68,4 entre 2010 a 2015, a média de queda brasileira foi decrescendo assim como as taxas da Argentina (64,0) e da Bolívia (72,6). O país que apresenta o maior índice é a Venezuela (80,9),

enquanto o Chile se afirma historicamente como o país com o menor índice com somente 49,3 bebês nascidos a cada mil. O que se observa é uma queda lenta e gradual durante o período que vai de 1990 a 2015.

**Tabela 3.7.1** Distribuição de Nascidos vivos de Mães Adolescentes a cada mil meninas de 15 a 19 anos América do Sul, no período de 1990 a 2015.

País	1990–1995	1995–2000	2000–2005	2005–2010	2010–2015
Argentina	73.2	69.8	65.0	60.6	<b>64.0</b>
Bolívia	91.2	93.0	87.9	81.9	<b>72.6</b>
<b>Brasil</b>	<b>80.0</b>	<b>83.6</b>	<b>80.9</b>	<b>70.9</b>	<b>68.4</b>
Chile	63.6	60.8	54.5	52.7	<b>49.3</b>
Colômbia	82.7	83.3	86.3	63.7	<b>57.7</b>
Equador	85.5	84.3	82.5	83.0	<b>77.3</b>
Paraguai	92.4	91.9	76.6	67.8	<b>60.2</b>
Peru	70.0	70.5	61.5	54.7	<b>52.1</b>
Uruguai	70.6	67.3	63.5	61.2	<b>58.0</b>
Venezuela	94.9	90.6	88.0	82.6	<b>80.9</b>

Fonte: Organização Pan - Americana de Saúde (PAHO), 2017

Embora o número de gestações na adolescência venha diminuindo no Brasil, passando de 721.564 em 2000 para 434.573 em 2018, o índice ainda é elevado em comparação com a taxa mundial, de 46 nascimentos para cada mil e fica acima da média latino-americana de 65,5% de nascimentos. Independente dos avanços alcançados nas últimas décadas a gravidez na adolescência ainda está acima da média latino-americana. O Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) indica que entre 2000 a 2019, ocorreu uma queda de 55% no número de bebês nascidos de mães adolescentes de 15 e 19 anos, demonstrando que já houve progresso, no entanto, há um longo caminho a percorrer (BRASIL, 2020).

Assim como as taxas apresentada no país, o estado de Minas Gerais mantém a



tendência de redução no número de nascimento de bebês de mães adolescentes. Nos últimos dez anos, a queda apresentada no estado foi de 28,8% de nascidos vivos (NV) de gestantes das faixas etárias de 10 a 19 anos, entretanto as gestantes com idade de 10 a 14 anos mantiveram a estabilidade em relação ao número de nascimentos. No ano de 2019 foram 31.272 nascimentos no estado de Minas Gerais (SINASC/DATASUS, 2021).

**Tabela 3.7.2.** Distribuição de gestantes segundo idade materna e região (Brasil, Minas Gerais e Divinópolis) no período de 2009 a 2019.

Período e região	Número de gestantes (10 a 19 anos)		Número de gestantes (acima de 20 anos)		Total de gestantes	
	N	f (%)	N	f (%)	N	f (%)
2009 a 2019	N	f (%)	N	f (%)	N	f (%)
Brasil	5.776.276	18,0	26.262.477	81,9	32.038.753	100,0
Minas Gerais	437.137	15,2	2.420.152	84,7	2.857.289	100,0
Divinópolis	2.764	9,4	26.425	90,5	29.189	100,0

Fonte: MS/SVS/DATASUS - Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, 2021

A Tabela 3.7.2 aponta que no período de 2009 a 2019 ocorreram total de 32.038.753 gestantes que deram à luz no Brasil, sendo que 5.776.276 ou seja, 18% destes recém nascidos são filhos de mães adolescentes com idade materna de 10 a 19 anos sendo 81,9% mães com idade acima de 20 anos. Um estudo epidemiológico realizado em cinco regiões brasileiras concluiu que a gestação na adolescência é um fenômeno que precisa ser enfrentado. Embora os dados demonstrem estar em queda, esse declínio é bem lento (MONTEIRO, et al.; 2019).

O estado de Minas Gerais apresenta índices de queda abaixo dos nacionais com 15,2% de mães adolescentes que deram à luz no período analisado enquanto, o município de Divinópolis apresentou um índice de 9,4% (2.764) de nascidos vivos filhos de mães adolescentes sendo 90,5% de mães acima de 20 anos (SINASC, 2021).

Os dados do sistema de informações de nascidos vivos (SINASC) mostram que município de Divinópolis/MG, revela um cenário semelhante ao nacional e estadual, também apresenta inclinações para redução no número de nascimentos de bebês de mães adolescentes, no período de 2009 a 2019, vale ressaltar que essa proporção de queda não se dá de maneira

linear nas idades de 15 a 19 anos, no entanto se mantém estáveis no estado e no município na faixa etária de 10 a 14 anos. Demonstrando a necessidade de políticas públicas específicas direcionadas aos adolescentes (SINASC/DATASUS, 2021).

**Tabela 3.7.3.** Distribuição de gestantes adolescentes que tiveram filhos no Município Divinópolis/MG, segundo idade materna no período de 2009 a 2019.

Ano	Número de gestantes adolescentes (10 a 19 anos)		Número de gestantes adolescentes (acima de 20 anos)		Número total de gestantes	
	N	%	N	%	N	%
2009	280	11,1	2.222	88,7	2.502	100,0
2010	264	10,3	2.297	89,6	2.561	100,0
2011	266	10,2	2.323	89,7	2.589	100,0
2012	262	9,8	2.385	90,1	2.647	100,0
2013	267	10,01	2.399	89,9	2.666	100,0
2014	274	10,0	2.465	89,9	2.739	100,0
2015	240	9,01	2.423	90,9	2.663	100,0
2016	250	9,5	2.362	90,4	2.612	100,0
2017	249	9,1	2.457	90,79	2.706	100,0
2018	214	7,8	2.495	92,1	2.709	100,0
2019	198	7,08	2.597	92,9	2.795	100,0

Fonte: MS/SVS/DATASUS - Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, 2021

A Tabela 3.7.3 mostra que o número de gestantes adolescentes residentes em no município de Divinópolis/MG que tiveram filhos apresentou queda significativa no período de 2009 a 2019, respectivamente 280 (11,2) em 2009 e 198 (7,08), sendo que o ano de 2010 apresentou o maior índice 10,2% em relação ao total de nascimentos no referido período. (SINASC/DATASUS, 2021).

De acordo com Cruz, et al. (2016), a taxa de fecundidade das adolescentes se contrapõe ao que é observado em mulheres de outras faixas etárias, enquanto nas mulheres adolescentes o número de filhos vem crescendo nos últimos anos, principalmente em menores de 19 anos de

idade, nas mulheres acima de 19 anos o número de filhos vem diminuindo, comprovando dados apresentados no último relatório da Organização das Nações Unidas (ONU, 2020).

**Tabela 3.6.4.** Distribuição de gestantes adolescentes que tiveram filhos no município de Divinópolis /MG, segundo idade materna no período de 2009 a 2019.

Ano	Número de gestantes adolescentes (10 a 14 anos)		Número de gestantes adolescentes (15 a 19 anos)		Número total de gestantes adolescentes (10 a 19 anos)	
	N	%	N	%	N	%
2009	4	1,4	276	98,5	280	100.0
2010	2	0,7	262	99,2	264	100.0
2011	8	3,1	258	96,9	266	100.0
2012	9	3,5	253	96,5	262	100.0
2013	3	1,1	264	98,8	267	100.0
2014	9	3,3	265	96,7	274	100.0
2015	9	3,8	231	96,5	240	100.0
2016	8	3,8	242	96,2	250	100.0
2017	13	5,5	236	94,7	249	100.0
2018	6	2,8	208	97,1	214	100.0
2019	5	2,5	193	97,4	198	100.0
Total	76	2,8	2.688	97,2	2764	100.0

Fonte: MS/SVS/DATASUS - Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, 2021

Na análise dos dados, da Tabela 3.7.4 verificou-se que o ano de 2017 apresentou a maior taxa com 13 (5%) nascidos vivos filhos de gestantes na faixa etária de 10 a 14 anos. Entretanto, em 2019, último ano analisado, houve um decréscimo dessa taxa passando para 5 (2,5%).

Quando uma adolescente na faixa etária de 10 a 14 anos engravida, ela tem o risco aumentado de sofrer complicações durante a gestação e no parto, risco que se potencializa no caso de adolescentes em situação de vulnerabilidade (UNFPA, 2013).

O número de nascimento de bebês filhos de mães menores de 14 anos é preocupante. Em 2019 foram 19.330, demonstrando que a cada 30 minutos, uma menina de 10 a 14 anos torne-se mãe. A gravidez nesse grupo específico está intimamente ligada a violência sexual (UNFA,

2020). As transformações físicas apresentadas pelas meninas no período da adolescência muitas vezes pode torna-las vítimas de abuso sexual tanto no núcleo de sua família como fora dela e em consequência essa menina pode ter uma gravidez prévia, não desejada e desprotegida pelos órgãos públicos (BRASIL, 2020).

Dados de uma pesquisa realizada em 2011 trouxe a estimativa de que 59% dos atendimentos notificados por violência sexual contra crianças e adolescentes houve uma maior incidência nas faixas etárias de 10 a 14 anos de idade o que equivale a 17,7% de atendimentos a cada 100 mil crianças e adolescentes da mesma idade. (BRASIL, 2018, p.47). Em 2020 a Ouvidoria nacional dos direitos humanos (ONDH) realizou um estudo que demonstrou que em 73% dos casos de violência sexual acontece no domicílio da vítima de abuso ou do suspeito, assim como 40% das denúncias constatou que os abusos podem ser praticados pelo pai ou padrasto (BRASIL, 2018; MMFDH, 2020).

Diante dos problemas mencionados, a gravidez em adolescentes com idade materna de 10 a 14 anos cuja maturidade para maternidade ainda não está estabelecida, além de trazer consequências para a saúde dessas meninas, também podem carregar problemas psíquicos, emocionais e sociais por toda vida (INDICA, 2017).

A gestação na adolescência está diretamente relacionada a resultados obstétricos e neonatais insatisfatórios. É necessário aperfeiçoar a qualidade da assistência durante o parto com objetivo de reduzir os riscos de resultados negativos as mães de alto risco. As adolescentes grávidas tem maior fator de risco para a ocorrência de eventos adversos no trabalho de parto em relação às mulheres adultas, estando predispostas ao trabalho de parto mais longo, parto prematuro e bebês com baixo peso ao nascer ou pequeno para a idade gestacional (GURUNG, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define que a prematuridade compreende todos os recém-nascidos (RN) antes de 37 semanas de idade gestacional (IG), sendo considerados tardios aqueles nascidos entre 34 e 36 semanas e seis dias e prematuros extremos, nascidos antes de 28 semanas de IG. A sociedade brasileira de pediatria determina idade gestacional ao nascer com base das subcategorias do (RN) prematuro: Pré-termo extremo menos de 28 semanas (< 28) muito pré-termo (28 a < 32 semanas) pré-termo tardio (32 a < 37 semanas) (BICK, 2016; SBP, 2019). A prematuridade é a principal causa de morbidade e mortalidade entre os recém nascidos, em cada 10 nascimentos mais de um é prematuro. Sendo responsável por aproximadamente 1,1 milhão de óbitos por ano no mundo. A maior parte

desses óbitos poderia ser evitado apenas com assistência básica e ações de baixo custo (BICK, 2016; WHO, 2016).

**Tabela 3.7.5.** Distribuição de nascidos vivos prematuros segundo idade materna por região/Brasil, no período de 2009 a 2019.

Período	Nº de N.V prematuros filhos de gestantes adolescentes (10 a 14 anos)		Nº de N.V prematuros filhos de gestantes adolescentes (15 a 19 anos)		Nº N.V Prematuros filhos de gestantes adolescentes (10 a 19 anos)		Nº de N.V prematuros filhos de gestantes adolescentes acima de 20 anos		Total de Nascidos Vivos prematuros	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2009 a 2019	45.314	1,3	626.248	18,9	671.562	20,3	2.634.886	79,6	3.306.448	100
	45.314	6,7	626.248	93,2	671.562	100				

Fonte: MS/SVS/DATASUS - Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, 2021

A tabela acima sugere que no período de 2009 a 2019 no Brasil, nasceu um total de 3.306.448 bebês prematuros filhos de gestantes adolescentes. Observa-se que o percentual de 20,3% desses bebês nasceram de mães adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, sendo que 1,3% dessas gestantes tinham idade materna de 10 a 14 anos e 79,6 tinham mais de 20 anos no momento do parto. Quando consideramos os 671.562 bebês prematuros nascidos em território nacional filhos de mães adolescentes com idade materna de 10 a 19 anos, observa-se que 93,2% desses prematuros são de mães adolescentes que deram a luz na faixa etária de 15 a 19 anos e 6,7% nasceram de mães na faixa etária de 10 a 14 anos. O número de adolescentes grávidas que dão a luz na faixa etária de 10 a 14 anos é significativo quando comparado com a proporção do total de nascidos vivos prematuros no Brasil, pois 1,3% do total geral de prematuros nascidos em território nacional são filhos de mães nessa faixa etária. no entanto quando o percentual total comparado é sobre os nascidos vivos filhos de mães adolescentes de 10 a 19 anos sendo 671.562 a porcentagem de mães com idade materna de 10 a 14 anos sobe para a porcentagem de 6,7%.

O estado de Minas Gerais segue tendência de queda nacional no número de gestantes adolescentes no período de 2009 a 2019, no recorte etário de 10 a 14 anos a média de queda se mantém instável.

## **4 MÉTODO**

---

## 4 MÉTODO

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, ecológico de séries temporais onde utilizou-se de uma série histórica que compreende um intervalo de dez anos, realizada a partir de dados secundários disponíveis publicamente através da base de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) através do DATASUS com informações disponíveis em registros de nascidos vivos (NV) a respeito das características e o perfil epidemiológico e clínico das gestantes adolescentes residentes no município de Divinópolis/MG que tiveram filhos prematuros no período de 2009 a 2019.

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) é um dos principais bancos de dados de saúde do SUS (DATASUS), implantado pelo Ministério da Saúde, em 1990, com o objetivo de melhorar a qualidade da informação sobre os nascimentos, o sistema utiliza como instrumento a Declaração de Nascidos Vivos (DN), documento padronizado preenchido para todos os RN nascidos no Brasil.

O SINASC foi escolhido como banco de dados, por fornecer uma contribuição significativa de dados sobre nascidos vivos, com suas principais características, como sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto, peso ao nascer, entre outras.

Para delimitação da faixa etária, no que diz respeito à adolescência, foi considerado a definição da OMS, em que a adolescência compreende a faixa etária de 10 a 19 anos, a fim de analisar adequadamente o efeito da prematuridade em mães na adolescência.

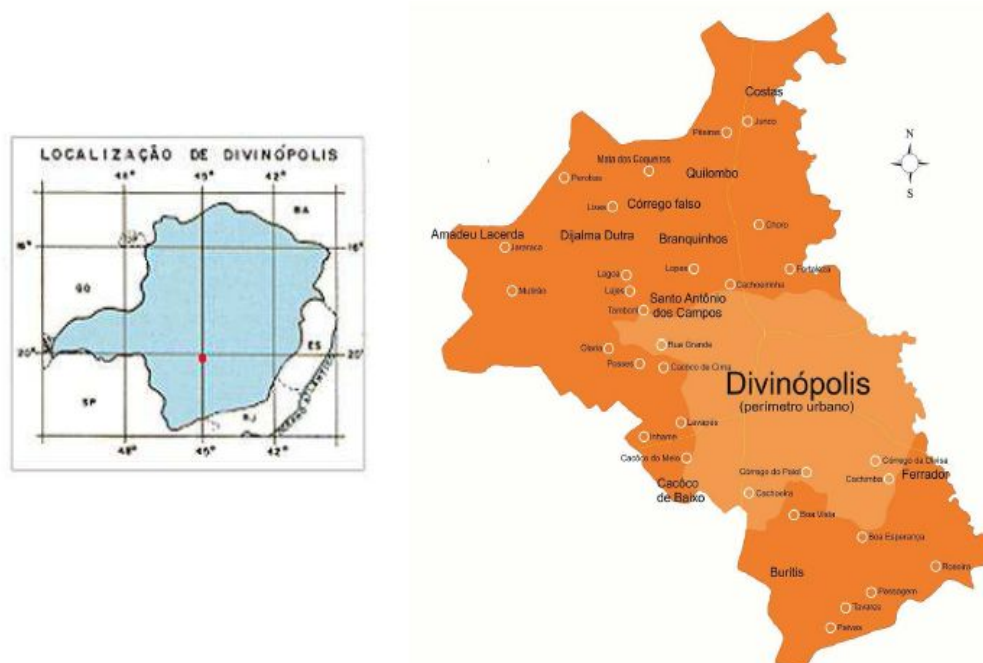
Foram considerados “casos” todas as gestantes adolescentes (10 a 19 anos) residentes em Divinópolis, MG, que deram à luz a bebês prematuros nascidos nos anos de 2009 e 2019.

### 4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário deste estudo integra o município de Divinópolis/MG que atualmente é a maior cidade da região ampliada oeste de Minas Gerais, com população estimada de 240.408 habitantes apresentou Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,764 em

2010 sendo considerada Pólo da Macrorregional Oeste e sede da Gerência Regional de Saúde da região Oeste de Minas Gerais (IBGE, 2020).

**Figura 1** - Localização do município de Divinópolis – Minas Gerais.



**Fonte:** Plano Municipal de Saúde de Divinópolis 2014-2017.

Divinópolis tem o território estruturado em 10 distritos sanitários: Central, Sudeste, Sudoeste rural, Sudoeste distante, Noroeste, Noroeste distante, Noroeste rural, Oeste, Central, Nordeste e Noroeste distante (IBGE, 2015).

O Sistema de Saúde do município de Divinópolis/MG dispõe de 56 estabelecimentos públicos de saúde com prestação de serviços em 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma Policlínica, um Unidade de Pronto Atendimento, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS e CAPS AD), sete farmácias para dispensar medicamentos básicos, uma unidade de vigilância em Saúde, três serviços auxiliares de diagnose e terapia, três Serviços de Apoio a Atenção Domiciliar (SAD), um Centro de Referência a Saúde e Segurança do Trabalho (CREST), um Serviço de Referência para Saúde Mental (SERSAM), 32 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), um Ambulatório universitário, 01 Centro de Reabilitação Regional (CRER) e um Serviço Especializado em Odontologia (SEO).

Outros estabelecimentos privados/ filantrópicos participam de forma complementar ao



SUS, entre eles 16 serviços especializados e cinco Hospitais, três deles de recurso privado, um da rede pública (Complexo de Saúde São João de Deus) e um Hospital Universitário em construção. Recentemente foi cadastrado um novo hospital de campanha para COVID-19 (CNES, 2020).

**Figura 2** - Localização de instituições de saúde e das ESF de Divinópolis por região sanitária.



**Fonte:** Plano Municipal de Saúde de Divinópolis 2014-2017.

Divinópolis é o maior município da região ampliada oeste e representa quase 50% da população da microrregião na qual está inserida sendo considerado polo regional de saúde, obtendo assim papel de referência e de suporte para assistência na média e alta complexidade dos municípios de sua região de saúde. Percorreu-se um longo caminho na construção de um sistema de saúde mais universal e equitativo, no entanto a realidade é ainda desfavorável quanto aos indicadores sociais.

Os desafios são constantes e indicam a necessidade de planejamento de ações e serviços locais de saúde e de articulação de estratégias de acesso, de forma a garantir o o atendimento integral dessas gestantes adolescentes e seus filhos. É importante que como maior cidade da macrorregião o município possibilite a entrada ao serviço e ofereça aos seus munícipes e aos municípios vizinhos acesso facilitado ao sistema de saúde (PMD/SMS/PMS, 2014/2017).

No ano de 1999 foi implantada em Divinópolis/MG a Unidade Neo-Pediátrica no Complexo de Saúde São João de Deus, única unidade hospitalar que realiza atendimento público especializado, contribuindo para suprir a necessidade de atendimento dos bebês prematuros e pacientes criticamente doentes. No entanto o serviço é prestado para toda região do Centro oeste de Minas Gerais. Em 2017 ampliou-se o número de leitos, passando de 8 para 10. Composto por uma equipe multidisciplinar que dedica atenção especial para os recém-nascidos especialmente os prematuros de baixo peso (CSSJD, 2021).

#### 4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo foi obtida a partir de dados secundários gerados pela Declaração de Nascidos Vivos (DN) através do Sistema de Informação do DATASUS SINASC.

No período de 2009 a 2019, uma análise preliminar verificou neste sistema um total de 2.764 adolescentes com idade de 10 a 19 anos que deram à luz no município de Divinópolis/MG, sendo que destas 361 tiveram seus filhos com menos de 36 semanas de gestação.

Através do uso de internet, foram coletados junto ao DATASUS os dados relacionados ao total de 361 gestantes adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, residentes no município de Divinópolis/MG, que deram à luz a nascidos vivos prematuros (com menos de 37 semanas de gestação) nascidos entre o ano de 2009 a 2019. As informações da população-alvo foram constituídas dos registros de nascidos vivos obtidos em hospitais do município que alimentam esse sistema de informação.

Foram critérios de inclusão: ser gestante adolescente com idade de 10 a 19 anos, residentes no município de Divinópolis/MG, que tiveram filhos prematuros, considerando os nascidos vivos, de gestação com duração inferior a 37 semanas. Das 2764 gestantes adolescentes que tiveram filhos no período de 2009 a 2019 o SINASC filtrou 361 com as características elencadas. Os critérios de exclusão foram: ser mãe de bebê prematuro com idade superior a 19 anos e inferior a 10 anos, as que tiveram partos gemelares e as que tiveram filhos em hospitais de Divinópolis, mas não residirem no município.

O objetivo é conhecer as características sociodemográficas maternas (idade, estado civil, nível de escolaridade) e o perfil clínico dessas mães adolescentes (tipo de gravidez, duração da gestação, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, escolaridade das 361 gestantes residentes em Divinópolis que tiveram filhos prematuros no de 2009 a 2019).

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro a novembro de 2021. Foram levantados dados do município de Divinópolis através do SINASC, do período 2009 a 2019, a respeito da idade, estado civil, nível de escolaridade tipo de gravidez, duração da gestação, número de consultas de pré-natal, tipo de parto das mães adolescentes que tiveram filhos prematuros.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foram utilizados procedimentos da estatística descritiva simples onde os dados foram trabalhados e apresentados através de tabelas e figuras que mostram a frequência dos dados em números absolutos, relativos.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa dispensou aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal São João Del Rei, por se tratar de levantamento de banco de dados de domínio público, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS-466/12). No entanto todos os preceitos éticos envolvendo publicações científicas originárias de análise de dados secundários foram obedecidos.

## **5 RESULTADOS**

---

## 5 RESULTADOS

No presente trabalho os resultados e a discussão foram apresentados em forma de artigo científico, descrito a seguir.

**Resumo:** A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública e pode estar associado à prematuridade, contexto que chama a atenção da sociedade, de forma especial os serviços de saúde. Este artigo tem como objetivo analisar o perfil clínico e sociodemográfico de mães adolescentes residentes em um município da região centro oeste de Minas Gerais / Brasil que tiveram filhos prematuros no período de 2009 a 2019. Trata-se de um estudo, descritivo e ecológico que compreende um intervalo histórico de dez anos, onde utilizou dados secundários de 361 gestantes adolescentes que tiveram registros disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a partir de informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), a respeito das características e o perfil epidemiológico e clínico das gestantes. No período avaliado observou-se que das 361 gestantes que deram à luz a bebês prematuros 81,4% nasceram entre 32 a 36 semanas, 41,1% realizaram mais de sete consultas de pré-natal, 72,5% declararam ter de 8 a 11 anos de escolaridade, 89,1% declararam estar solteira, taxa de partos vaginais foi de 72,4 % e parto cesáreo foi 52,1%. Quanto à raça, 42,2% se autodeclararam da cor parda e 41,2% se declararam branca. Conhecer o perfil clínico e sociodemográfico das gestantes adolescentes que tiveram bebês prematuros possibilita ao gestor planejar e promover ações direcionadas a fim de proporcionar a continuidade do cuidado evitando complicações obstétricas e o parto prematuro.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Nascimento Prematuro. Prevalência. Gestação.

## INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência vem sendo tratada como um problema mundial de saúde pública e apontada pelos profissionais de saúde, educação e da assistência social como um

desafio que ganha grande proporção com a diminuição da idade, principalmente em países em desenvolvimento (OPAS, 2016).

O estudo “Saúde Brasil”, realizado pelo do (MS) Ministério da Saúde, aponta que uma das maiores taxas de mortalidade infantil ocorre em filhos de mães mais jovens de até 19 anos, com taxa de 15,3% óbitos para cada mil nascidos vivos, índice acima da taxa nacional que é de 13,4 óbitos. Demonstrando que imaturidade biológica e condições socioeconômicas desfavoráveis podem influenciar nos resultados obstétricos. O estudo aponta ainda que a gravidez na adolescência acontece com maior frequência entre meninas com menor escolaridade, baixa renda, com menos acesso à serviços públicos e em situação de maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2018).

Em 2018, o relatório conjunto publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF/OMS) e UNFPA/OMS indica que na América Latina e no Caribe a taxa de gravidez por 1.000 nascidos vivos de mulheres entre 15 e 19 anos é estimada em 65,5% dos nascidos vivos.

No Brasil esse número chega a 68,4%, sendo considerada a maior taxa de mães adolescentes da América Latina. No entanto são índices menores do que de países Africanos (98,5 por mil nascidos vivos) e superiores as taxas da Europa (16,2 por mil nascidos vivos) e da América do norte (28,3 por mil nascidos vivos) indicativo de que os países precisam de medidas urgentes para melhorar os índices de gravidez na adolescência (INDICA,2017; BRASIL, 2021).

A gestação na adolescência está diretamente relacionada a resultados obstétricos e neonatais insatisfatórios, sendo necessário aperfeiçoar a qualidade da assistência durante o parto com objetivo de reduzir os riscos de resultados negativos a mães de alto risco. As adolescentes grávidas tem maior fator de risco para a ocorrência de eventos adversos no trabalho de parto em relação às mulheres adultas, estando predispostas ao trabalho de parto mais longo, parto prematuro e bebês com baixo peso ao nascer ou pequeno para a idade gestacional (GURUNG, 2020).

É considerado prematuro o nascimento que acontece anterior as 37 semanas de gestação e está expressamente relacionado à intercorrências obstétricas e condições crônicas na infância sendo considerada a principal causa de internação em Unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) (WHO, 2021).

Divinópolis, município situado na região centro oeste de Minas Gerais/Brasil, possui uma distinta situação relacionada a partos prematuros e idade materna. Um trabalho que contou com uma análise realizada através do SINASC da referida cidade nos anos de 2008 a 2011 demonstrou que mulheres com menor idade que deram à luz tiveram maiores probabilidade de ter bebês prematuros. Sendo que a maior parte dos recém-nascidos pré-termo analisados tiveram entre 32 e 36 semanas de gestação (GUIMARÃES et al., 2017).

Já no período de 2009 a 2019, uma análise preliminar verificou neste sistema um total de 2.764 adolescentes com idade de 10 a 19 anos que deram à luz no município de Divinópolis/MG, sendo que destas 361 tiveram seus filhos com menos de 36 semanas de gestação. Ao se verificar o número de partos prematuros entre essas adolescentes constatou-se que passou de 8,2% em 2009 para 14,6% em 2019. Os dados comprovam que o número nascimento de bebês prematuros aumentou entre essas mães adolescentes no município. (SINASC/DATASUS, 2021).

Diante do exposto, o presente estudo tem como pergunta de pesquisa: Qual o perfil clínico e sociodemográfico das mães adolescentes, residentes no município de Divinópolis (MG), que tiveram bebês prematuros no período de 2009 a 2019?

Os dados a serem analisados são significativos e nos remetem a uma reflexão a respeito da necessidade em: 1) melhorar a qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério já oferecida às adolescentes; 2) diversificar a abordagem sobre prevenção da gravidez na adolescência com desfecho na prematuridade incluindo, também, componentes socioeducacionais e comportamentais com objetivo de garantir a efetividade das políticas públicas; e 3) aumentar a autonomia e a capacidade de responsabilização para reduzir os casos de gravidez não intencional na adolescência e suas consequências ao recém-nascido.

Neste sentido conhecer o perfil e os indicadores dessas mães adolescentes que tiveram filhos prematuros irá proporcionar aos gestores e aos profissionais de saúde que realizam a

assistência à criança, mãe adolescente e família um planejamento de ações com foco nas necessidades reais desse grupo específico.

Neste ensaio, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil clínico e sociodemográfico das mães adolescentes residentes no município de Divinópolis/MG que tiveram filhos prematuros no período de 2009 a 2019.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, ecológico de séries temporais onde se utilizou de uma série histórica que compreende um intervalo de dez anos, realizada a partir de dados secundários disponíveis publicamente através da base de dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) através do DATASUS com informações a respeito das características e o perfil epidemiológico e clínico das gestantes adolescentes que tiveram filhos prematuros no período de 2009 a 2019 no município de Divinópolis/MG.

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) é um dos principais bancos de dados de saúde do SUS (DATASUS), implantado pelo Ministério da Saúde, em 1990, com o objetivo de melhorar a qualidade da informação sobre os nascimentos, o sistema utiliza como instrumento a Declaração de Nascidos Vivos (DN), documento padronizado preenchido para todos os Recém Nascidos (RN) no Brasil.

O SINASC foi escolhido como banco de dados, por fornecer uma contribuição significativa de dados sobre nascidos vivos, com suas principais características, como sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto, peso ao nascer, entre outras.

Para delimitação da faixa etária, no que diz respeito à adolescência, foi considerado a definição da OMS, em que a adolescência compreende a faixa etária de 10 a 19 anos, a fim de analisar adequadamente o efeito da prematuridade em mães na adolescência.

Foram considerados “casos” todas as gestantes adolescentes (10 a 19 anos) residentes em Divinópolis, MG, que deram à luz a bebês prematuros nascidos nos anos de 2009 e 2019:



## CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário do estudo integra o município de Divinópolis/MG que atualmente é a maior cidade da região ampliada oeste de Minas Gerais, com população estimada de 231.091 habitantes, apresentou Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,764 em 2010 sendo considerado Polo da Macrorregional Oeste e sede da Gerência Regional de Saúde da região Oeste de Minas Gerais (IBGE, 2022).

Divinópolis representa quase 50% da população da microrregião na qual está inserida sendo considerado polo regional de saúde, obtendo assim papel de referência e de suporte para assistência na média e alta complexidade dos municípios de sua região de saúde (PMD/SMS/PMS, 2014/2017).

No ano de 1999 foi implantada em Divinópolis/MG a Unidade Neo Pediátrica no Complexo de Saúde São João de Deus, única unidade hospitalar que realiza atendimento público especializado, contribuindo para suprir a necessidade de atendimento dos bebês prematuros e pacientes criticamente doentes. No entanto o serviço é prestado para toda região do Centro oeste de Minas Gerais. Em 2017 ampliou-se o número de leitos, passando de oito para 10. (CSSJD, 2021).

A população do estudo foi obtida a partir de dados secundários gerados pela Declaração de Nascidos Vivos (DN) e composta pelo total de 361 mães adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, residentes no município de Divinópolis/MG, que tiveram filhos prematuros, entre os anos de 2009 a 2019. O objetivo foi conhecer as características sociodemográficas maternas (idade, estado civil, nível de escolaridade) e o perfil clínico dessas mães adolescentes (tipo de gravidez, duração da gestação, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, etc).

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2021.

Foram critérios de inclusão: ser gestante adolescente com idade de 10 a 19 anos, residentes no município de Divinópolis/MG, que tiveram filhos prematuros, considerando os nascidos vivos, de gestação com duração inferior a 37 semanas. Os critérios de exclusão

foram: ser mãe de bebê prematuro com idade superior a 19 anos e inferior a 10 anos, as que tiveram partos gemelares e as que tiveram filhos em hospitais de Divinópolis mais não residirem no município.

Para a análise dos dados foram utilizados procedimentos da estatística descritiva simples onde os dados foram trabalhados e apresentados através de tabelas e figuras que mostram a frequência dos dados em números absolutos, relativos, cruzando, às vezes, algumas variáveis de interesse.

A pesquisa que originou este trabalho dispensou aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas, por se tratar de levantamento de banco de dados de domínio público, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS-466/12). No entanto todos os preceitos éticos envolvendo publicações científicas originárias de análise de dados secundários foram obedecidos.

## RESULTADOS

O município de Divinópolis/MG no período de 2009 a 2019 registrou um total de 3.311 gestantes que tiveram nascidos vivos (NV), prematuros sendo que mães adolescentes (10 a 19 anos) representaram 10,9 (N=361) do total. A Tabela 1 a seguir apresenta a evolução dos nascimentos por ano e faixa etária da mãe, evidenciando queda nas taxas de nascidos vivos de mães nas faixas etárias de 10 a 19 anos ao longo do período analisado.

Tabela 5.1. Distribuição de gestantes mães de nascidos vivos (N.V) prematuros segundo idade materna e região Divinópolis/MG no período de 2009 a 2019.

Período	Número de gestantes que tiveram N.V prematuros (10 a 19 anos)		Número de gestantes que tiveram N.V prematuros (acima de 20 anos)		Total de nascidos vivos prematuros	
	N	f (%)	N	f (%)	N	f (%)
<b>2009</b>	23	10,9	188	89,09	211	100,0

<b>Período</b>	<b>Número de gestantes que tiveram N.V prematuros (10 a 19 anos)</b>		<b>Número de gestantes que tiveram N.V prematuros (acima de 20 anos)</b>		<b>Total de nascidos vivos prematuros</b>	
<b>2010</b>	33	14,5	194	85,4	227	100,0
<b>2011</b>	36	12,7	247	87,2	283	100,0
<b>2012</b>	42	11,7	316	88,2	358	100,0
<b>2013</b>	25	10	225	90,0	250	100,0
<b>2014</b>	39	11,7	292	88,2	331	100,0
<b>2015</b>	36	11,7	271	88,2	307	100,0
<b>2016</b>	33	15,2	184	84,7	217	100,0
<b>2017</b>	32	10,4	274	89,5	306	100,0
<b>2018</b>	33	9,4	315	90,5	348	100,0
<b>2019</b>	29	7,7	344	92,2	373	100,0
<b>Total</b>	361	10,9	2.950	89,0	3.311	100,0

Fonte: MS/SVS/DATASUS - Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, 2021

O município de Divinópolis/MG registrou um total de 2.754 gestantes adolescentes que tiveram filhos no período de 2009 a 2019, observa-se que 15,08 (N=361) dos bebês filhos de mães adolescentes nasceram prematuros.

A Tabela 5.2 apresenta a evolução dos nascimentos por ano e faixa etária. No período avaliado ao verificar a o número de partos prematuros entre as gestantes adolescentes constatou-se um aumento de 6,4%. Passando de 8,2% em 2009 para 14,6% em 20019. Nota-se que apesar da queda no número de parturientes adolescentes que deram à luz a bebês a termo apresentados na tabela 1, a tabela 2 indica que aumentou o número de nascimento de bebês prematuros ao longo do período analisado (SINASC/DATASUS, 2021).

Tabela 5.2. Distribuição de nascidos vivos prematuros e a termo filhos de mães adolescentes segundo idade materna de 10 a 19 anos no município de Divinópolis /MG no período de 2009 a 2019.

Ano	Número de N.V prematuros filhos de gestantes adolescentes 10 a 19 anos		Número de N.V a termo filhos de gestantes adolescentes 10 a 19 anos		Total de N.V filhos de gestantes adolescentes. 10 a 19 anos	
	N	%	N	%	N	%
<b>2009</b>	23	8,2	257	91,7	280	100,0
<b>2010</b>	33	12,5	231	87,5	264	100,0
<b>2011</b>	36	13,5	230	86,4	266	100,0
<b>2012</b>	42	16	220	83,5	262	100,0
<b>2013</b>	25	9,3	242	88,01	267	100,0
<b>2014</b>	39	14,2	235	85,4	274	100,0
<b>2015</b>	36	15	204	84,5	240	100,0
<b>2016</b>	33	13,2	217	86,8	250	100,0
<b>2017</b>	32	12,8	217	87,1	249	100,0
<b>2018</b>	33	15,4	181	84,5	214	100,0
<b>2019</b>	29	14,6	169	85,3	198	100,0
<b>Total</b>	361	15,08	2.403	86,8	2.754	100,0

Fonte: MS/SVS/DATASUS - Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, 2021

A Tabela 5.3 a seguir apresenta a evolução dos nascimentos por semanas de gestação. De acordo com esta tabela, observa-se que 81,4 (N=294) desses bebês nasceram entre 32 a 36 semanas de gestação. Foi possível identificar também que somente nos anos de 2012, 2013 e 2014 houve registros de nascimentos com menos de 22 semanas de gestação. No entanto 17,7 (N=64) nasceram entre 22 a 31 semanas de gestação.

Tabela 5.3. Distribuição de gestantes adolescentes com idade materna (10 a 19 anos) mães de nascidos vivos (N.V) prematuros segundo tempo de gestação no momento do parto por região/Divinópolis/MG no período de 2009 a 2019.

Ano	Menos de 22 semanas		De 22 a 27 semanas		28 a 31 semanas		32 a 36 semanas		Total de mães de N.V (10 a 19 anos) prematuros	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>2009</b>	0	0%	4	17,3%	3	13,0%	16	69,5%	23	100,0
<b>2010</b>	0	0%	1	3,0%	7	21,2%	25	75,7%	33	100,0
<b>2011</b>	0	0%	3	8,3%	3	8,3%	30	83,3%	36	100,0
<b>2012</b>	1	2,3%	2	4,7%	2	4,7%	37	88,0%	42	100,0
<b>2013</b>	1	4%	0	0%	4	16%	20	80,0%	25	100,0
<b>2014</b>	1	2,5%	1	2,5%	2	5,7%	35	89,7%	39	100,0
<b>2015</b>	0	0%	3	8,3%	2	5,5%	31	86,1%	36	100,0
<b>2016</b>	0	0%	1	3,0%	5	15,1%	27	81,8%	33	100,0
<b>2017</b>	0	0%	1	3,1%	6	18,75%	25	78,1%	32	100,0
<b>2018</b>	0	0%	3	9,0%	5	15,1%	25	75,7%	33	100,0
<b>2019</b>	0	0%	0	0%	6	20,6%	23	79,3%	29	100,0
<b>Total (2009 a 2019)</b>	3	0,8%	19	5,2%	45	12,4%	294	81,4%	361	100,0

Fonte: MS/SVS/DATASUS - Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, 2021

Em relação às consultas de pré-natal, verificou-se no período de 2009 a 2019, 40,1% (N=145) realizaram mais de sete consultas de pré-natal, sendo que a maior taxa 42,6% (N=154) realizou de quatro a seis consultas, 13,0% (N=47) realizaram uma a três consultas e 3,0% (N=11) não fizeram nenhuma consulta de pré-natal. Os números apresentados são preocupantes e chama atenção para importância da captação precoce da gestante adolescente (Tabela 4).

Tabela 5.4. Distribuição de gestantes adolescentes mães de nascidos vivos prematuros com idade materna de 10 a 19 anos, segundo número de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação no município de Divinópolis / MG no período

Ano	Nenhuma consulta		De 1 a 3 consultas		4 a 6 consultas		7 ou mais consultas		Ignorado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>2009</b>	2	8,6	3	13,0	8	34,7	10	43,4	0	0	23	100,0
<b>2010</b>	1	3,0	5	15,1	9	23,2	18	54,5	0	0	33	100,0
<b>2011</b>	0	0	3	8,3	17	47,2	16	57,6	0	0	36	100,0
<b>2012</b>	0	0	7	16,6	19	42,2	16	38,0	0	0	42	100,0
<b>2013</b>	2	8	3	12	12	48	8	32	0	0	25	100,0
<b>2014</b>	4	10,2	3	7,6	19	48,7	13	33,3	0	0	39	100,0
<b>2015</b>	0	0	5	13,8	15	41,6	16	44,4	0	0	36	100,0
<b>2016</b>	0	0	6	18,1	12	36,3	15	45,4	0	0	33	100,0
<b>2017</b>	1	3,1	5	15,6	17	53,1	9	28,1	0	0	32	100,0
<b>2018</b>	0	0	5	15,1	14	42,4	10	30,3	4	12,1	33	100,0
<b>2019</b>	1	3,4	2	6,8	12	41,3	14	48,2	0	0	29	100,0
<b>Total</b>	11	3,0	47	13,0	154	42,6	145	40,1	4	1,1	361	100,0

Fonte: MS/SVS/DATASUS - Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, 2021 de 2009 a 2019.

A tabela 5.5 mostra que 18,7 % (N=68) das gestantes adolescentes que tiveram filhos prematuros no município de Divinópolis/MG período de 2009 a 2019 tinham menos de oito anos de escolaridade, sendo que a maior porcentagem, ou seja, 75,5 % declararam ter de 8 a 11 anos de escolaridade.

Tabela 5.5. Distribuição de gestantes adolescentes (10 a 19 anos) mães de nascidos vivos prematuros segundo escolaridade materna no município de Divinópolis / MG no período de 2009 a 2019.

Ano	Nenhuma		1 a 3 Anos		4 a 7 Anos		8 a 11 Anos		12 anos ou mais		Ignorado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>2009</b>	0	0	0	0	4	17,3	18	78,2	0	0	1	4,3	23	100,0
<b>2010</b>	0	0	0	0	5	15,1	26	78,7	2	6,0	0	0	33	100,0
<b>2011</b>	0	0	0	0	7	19,4	28	77,7	0	0	1	2,7	36	100,0
<b>2012</b>	0	0	0	0	17	40,4	24	57,1	1	2,3	0	0	42	100,0
<b>2013</b>	0	0	0	0	10	40	15	60	0	0	0	0	25	100,0
<b>2014</b>	0	0	0	0	11	28,2	26	66,6	1	2,5	1	2,5	39	100,0
<b>2015</b>	0	0	0	0	11	30,5	24	66,6	1	2,7	0	0	36	100,0
<b>2016</b>	0	0	1	3,0	12	36,3	20	60,6	0	0	0	0	33	100,0
<b>2017</b>	0	0	0	0	5	15,6	25	78,1	2	6,2	0	0	32	100,0
<b>2018</b>	0	0	0	0	2	6,0	31	93,9	0	0	0	0	33	100,0
<b>2019</b>	0	0	0	0	3	10,3	25	86,2	0	0	1	3,4	29	100,0
<b>Total</b>	0	0	1	0,2	67	18,5	262	72,5	7	1,9	4	1,1	361	100,0

Fonte: MS/SVS/DATASUS - Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, 2021

A tabela seguinte (Tabela 6) indica que em relação ao estado civil o número de gestantes adolescentes que tiveram filhos prematuros o status de solteira representa a maior proporção com 89,1(N=322) adolescentes, sendo que 8,0 (N=29) afirmaram ser casadas, 1,6 (N=6) declaram em união estável, 0,2 (N=1) afirmam ser separada judicialmente e em 0,8 (N=3) das declarações a informação do status conjugal é ignorada. Não foi identificado nenhuma declaração de adolescente viúva.

Tabela 5.6. Distribuição de gestantes adolescentes (10 a 19 anos) mães de nascidos vivos prematuros segundo estado civil materno no município de Divinópolis/MG no período de 2009 a 2019.

Ano	Solteira		União consensual		Casada		Separada judicialmente		Ignorado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>2009</b>	18	78,2	0	0	4	17,3	0	0	1	4,3	23	100,0
<b>2010</b>	27	81,8	0	0	6	18,1	0	0	0	0	33	100,0
<b>2011</b>	31	86,1	1	2,7	4	11,1	0	0	0	0	36	100,0
<b>2012</b>	40	9,5	0	0	2	4,7	0	0	0	0	42	100,0
<b>2013</b>	22	88	0	0	3	12	0	0	0	0	25	100,0
<b>2014</b>	35	89,7	1	2,5	3	7,6	0	0	0	0	39	100,0
<b>2015</b>	32	8,8	1	2,7	3	8,3	0	0	0	0	36	100,0
<b>2016</b>	29	87,8	3	9,0	0	0	1	3,0	0	0	33	100,0
<b>2017</b>	29	90,6	0	0	2	6,2	0	0	1	3,1	32	100,0
<b>2018</b>	31	93,9	0	0	2	6,0	0	0	0	0	33	100,0
<b>2019</b>	28	96,5	0	0	0	0	0	0	1	3,4	29	100,0
<b>Total</b>	322	89,1	6	1,6	29	8,0	1	0,2	3	0,8	361	100,0

Fonte: MS/SVS/DATASUS - Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, 2021

A Tabela 5.7 apresenta a evolução dos nascimentos através da via de parto utilizada entre as adolescentes. No período avaliado constatou-se um aumento significativo dos partos via vaginal saltando de 52,1%(N=12) em 2009 para 72,4% (N=21) em 2019. Em contrapartida ocorreu uma diminuição importante do número de parturientes adolescentes que deram à luz a bebês prematuros via cesariana.



Tabela 5.7. Distribuição de gestantes adolescentes (10 a 19 anos) mães de nascidos vivos prematuros segundo via de parto no município de Divinópolis/MG no período de 2009 a 2019.

Ano	Parto Vaginal		Parto Cesário		Número de gestantes adolescentes mães de N.V prematuros	
	N	%	N	%	N	%
<b>2009</b>	12	52,1	11	47,8	23	100,0
<b>2010</b>	23	69,6	10	30,3	33	100,0
<b>2011</b>	24	66,6	12	33,3	36	100,0
<b>2012</b>	33	78,5	9	21,4	42	100,0
<b>2013</b>	18	72	7	28	25	100,0
<b>2014</b>	28	71,7	11	28,2	39	100,0
<b>2015</b>	20	55,5	16	44,4	36	100,0
<b>2016</b>	25	75,7	8	24,2	33	100,0
<b>2017</b>	22	68,75	10	31,2	32	100,0
<b>2018</b>	23	69,6	10	30,3	33	100,0
<b>2019</b>	21	72,4	8	27,5	29	100,0
<b>Total</b>	249	68,9	112	31,0	361	100,0

Fonte: MS/SVS/DATASUS - Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, 2021

A avaliação das características sociodemográficas maternas mostra maiores prevalências de mulheres de raças/cores parda e branca o Sistema de Informações de nascidos Vivos, revelou que 42,2% (N=167) das mães adolescentes se autodeclaram da cor parda em seguida com pouca diferença vem a cor branca com 41,2% (N=149), logo após 8,8% (N=32) da cor preta, 0,8% (N=3) da cor amarela e 2,7% (N= 10) consta como dados ignorados.

Tabela 5.8. Distribuição de gestantes adolescentes (10 a 19 anos) mães de nascidos vivos prematuros segundo raça e cor no município de Divinópolis – MG no período de 2009 a 2019.

Ano	Branco		Pardo		Preto		Amarelo		Indígena		Ignorado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>2009</b>	15	65,2	7	30,4	0	0	1	4,3	0	0	0	0	23	100,0
<b>2010</b>	24	72,7	9	27,2	0	0	0	0	0	0	0	0	33	100,0
<b>2011</b>	15	41,6	19	52,7	1	2,7	0	0	0	0	1	2,7	36	100,0
<b>2012</b>	20	47,6	19	45,2	2	4,7	0	0	0	0	1	2,3	42	100,0
<b>2013</b>	9	36	12	48	3	12	0	0	0	0	1	4	25	100,0
<b>2014</b>	17	43,5	18	46,1	2	5,1	0	0	0	0	2	5,1	39	100,0
<b>2015</b>	15	41,6	17	47,2	4	11,1	0	0	0	0	0	0	36	100,0
<b>2016</b>	10	30,3	16	48,4	3	9,0	0	0	0	0	4	12,1	33	100,0
<b>2017</b>	8	25	18	56,2	6	18,7	0	0	0	0	0	0	32	100,0
<b>2018</b>	8	24,2	18	54,5	6	18,1	1	3,0	0	0	0	0	33	100,0
<b>2019</b>	8	27,5	14	48,2	5	17,2	1	3,4	0	0	1	3,4	29	100,0
<b>Total</b>	149	41,2	167	46,2	32	8,8	3	0,8	0	0	10	2,7	361	100,0

Fonte: MS/SVS/DATASUS – sistema de informação de nascidos vivos - SINASC, 2021

## DISCUSSÃO

O presente estudo trás importante informações a respeito do perfil clínico e sociodemográfico das gestantes adolescentes residentes no município de Divinópolis / MG que tiveram filhos prematuro no período de 2009 a 2019.

Os dados apontados pelo SINASC/ DATASUS apontam que 81,4% (N=294) dos bebês das mães adolescentes nasceram entre 32 a 36 semanas de gestação. Foi possível identificar também que somente nos anos de 2012, 2013 e 2014 houve registros de nascimentos com menos de 22 semanas de gestação.

Dar à luz a um bebê com menos de 32 semanas de gestação causa impacto tanto na saúde pública devido aos custos do tratamento de um bebê prematuro, quanto na saúde dos binômios mãe e filho. O tratamento de um bebê com menos de 31 semanas significa maiores cuidados, mais tempo de internação, demanda profissional, equipamentos qualificados e em muitos casos terão sequelas permanentes (FARIA, 2020).

Quando se fala em faixa etária materna, é importante evidenciar que os riscos da gestação precoce têm sido considerados como grave problema de saúde pública. Várias situações podem levar à uma gravidez de risco. Fatores demográficos, estatísticos, sociais, pessoais ou de identificação inicial da gravidez. Quando a gestação não acontece na faixa etária ideal, (sejam essas gestações precoces ou tardias), portanto a idade materna também é considerada condição de risco (CABRAL; SANTOS & CANO, 2017).

Estudo realizado em um hospital da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul demonstrou que a etiologia do parto prematuro pode ser multifatorial portanto, conhecer somente seus fatores de risco e causas não são suficientes para reduzir sua a sua incidência. Configurando que atualmente o parto prematuro é um grande desafio para o profissional de saúde (ROSA, et al., 2021).

Quanto às consultas de pré-natal, 40,1% (N=145) realizaram mais de sete consultas de pré-natal, sendo que a maior taxa 42,6% (N= 154) realizou de quatro a seis consultas, 13,0% (N=47) realizaram uma a três consultas e 3,0% (N=11) não fizeram nenhuma consulta de pré-natal. Os números apresentados são preocupantes e chama atenção para importância da captação precoce da gestante adolescente

Sousa, et al. (2020) apontam que somente 12,4% das gestantes adolescentes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, se contrapondo ao que é preconizado mundialmente como cuidado mínimo durante a gestação. Sem contar que não realizam o número mínimo de consultas, aumentando os riscos característicos da gravidez nesta fase da vida.

O maior percentual de parto vaginal foi identificado na evolução dos nascimentos através da via de parto utilizada entre as adolescentes que tiveram filhos prematuros de 52,1% em 2009 para 72,4% em 2019. Em contrapartida ocorreu uma diminuição importante do número de parturientes adolescentes que deram à luz a bebês prematuros via cesariana. Uma provável

explicação para o aumento no número de partos vaginais pode estar relacionada ao aumento dos partos prematuros das adolescentes, geralmente os partos que acontecem antes do tempo acabam ocorrendo por via vaginal.

Segundo Gama, et al. (2014), a via de parto através da cesariana está associada às melhores condições sociais das parturientes adolescentes, como nível de escolaridade adequado, ser assegurada por um plano de saúde e até mesmo relacionado a cor da pele “branca” da puérpera. O estudo chega a identificar o gradiente raça/cor que mostrou um maior número de procedimentos cirúrgico via cesariana quanto mais clara a cor da pele.

Estudo realizado no estado do RS em uma série histórica de 2010 a 2016 apontou que o maior percentual de parto vaginal foi identificado nas adolescentes entre 10 e 14 anos (55,9%), sendo o único indicador em que o desempenho desta faixa etária foi superior ao das demais (BERLITZ B, et al., 2020)

No que tange a trajetória escolar das adolescentes do município de Divinópolis o estudo demonstra que 72,5% declararam possuir de 8 a 11 anos de escolaridade e 18,7% das mães adolescentes que tiveram filhos prematuros declaram ter menos de oito anos de escolaridade.

Dado que chama atenção já que estudo comprova que as gestantes adolescentes tem menos chances de retornar à escola, assim como menos oportunidades no mercado de trabalho, ainda mais quando assumem a responsabilidade de cuidar de um bebê prematuro (UNFA, 2020).

Em relação ao estado civil o número de gestantes adolescentes que tiveram filhos prematuros o status de solteira representa a maior proporção com 89,1%, isso significa que a maternidade para a maioria das adolescentes, aconteceu sem vínculo com parceiro. Neste momento delicado essas adolescentes, ficaram sem a participação do pai do bebê seja por vínculo biológico ou afetivo, o que é de acordo com um estudo realizado por Souto, et al. (2017) é uma realidade constante.

A gestante adolescente sem o companheiro tem dificuldade em aderir o pré-natal, visto que esse é um momento em que a mulher necessita de apoio, excepcionalmente do parceiro. A companhia do parceiro vai além das questões biológicas, interferindo no desenvolvimento seguro da gestação, preparando a gestante para o parto, puerpério, e lactação, além de ajudar

na identificação precoce de possíveis situações que possam oferecer risco para a saúde materna e/ou fetal (CARVALHORAS, et al., 2016; SANTOS, et al., 2018).

Os achados do estudo demonstram na avaliação das características sociodemográficas maternas maiores prevalências de mulheres que se autodenominam de raça/cor e parda e branca. O estudo associa a gestação na adolescência a baixa escolaridade e baixa renda, somados a determinadas raças e etnia. A maioria dos casos ocorre entre meninas pobres, negras e/ou indígenas e com menos tempo de estudo (INDICA, 2017).

Os resultados evidenciam que apesar da diminuição do número de parturientes adolescentes ocorreu um aumento expressivo na proporção de gestantes adolescentes que tiveram filhos prematuros no município de Divinópolis/MG no período de 2019 a 2019.

Estudo realizado em 2017, onde foi feito oficinas com gestantes adolescentes e profissionais de saúde, levantou alguns gargalos encontrados na prestação de serviço de assistência as gestantes adolescentes, entre eles a falta de qualidade no serviço de saúde. Onde as gestantes não conseguem garantir a continuidade no cuidado por não ter acesso a serviços especializados nos setores de saúde e educação. (INDICA, 2017).

É imprescindível uma assistência de pré-natal de qualidade para prevenir os riscos associados a gravidez e ao período neonatal sendo necessário acompanhar a gestante com objetivo de identificar os riscos antes que aconteçam, diminuindo as chances de ocorrência de morbidade e mortalidade do binômio mãe e filho (SOUZA, et al., 2020).

Esses dados são significativos nos levam à uma reflexão quanto a necessidade de mudanças no planejamento de ações. É muito importante trabalhar a prevenção e promoção da saúde do adolescente, discutindo temas a respeito da sexualidade e saúde reprodutiva, tanto no âmbito familiar e escolar, quanto nos programas de educação em saúde, que devem acompanhar o planejamento reprodutivo e incentivar os jovens na busca por orientações sobre as formas de prevenção nas escolas e nas Unidades de Saúde da Atenção Primária onde há acesso de modo gratuito aos métodos contraceptivos (SBP, 2019).

O caráter local do estudo pode ser considerado uma das limitações uma vez que se trata de levantamento de dados de apenas um município, o que resultou em um menor número de amostra, é necessário investigar outros município da região centro oeste mineira visto que a

região conta com somente um hospital para atendimento público especializado e apenas 10 leitos destinados a neonatologia para o atendimento de toda região do vale do Itapecerica

Vale ressaltar ainda as limitações referentes aos dados secundários. Salienta-se ainda que os estudos transversais representem a etapa inicial do processo de vigilância em saúde e, neste caso, foram revelados elementos importantes para que estudos subsequentes investiguem as circunstâncias da prematuridade em gestantes adolescentes.

Todavia, esperamos que esse trabalho tenha despertado o interesse em se aprofundar na temática a respeito da gravidez na adolescência assim como as razões que levam a um parto prematuro e que tenha mostrado a importância do suporte que deve ser dado ao pré-natal da gestante adolescente com olhar diferenciado do profissional de saúde de modo a garantir a efetivação do acesso as redes de apoio aos territórios de saúde, a fim de que seus direitos sejam reconhecidos e garantidos.

Enfatiza-se que a temática requer cuidado e atenção dos gestores, profissionais e pesquisadores que atuam na área. Sendo necessários novos estudos para ampliar o conhecimento teórico e prático a fim de ampliar esclarecimento sobre o tema.

## **CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo evidenciou que o conjunto de características sociodemográficas e os desfechos gestacionais das mães adolescentes que tiveram filhos prematuros no período de 2009 a 2019 demonstram que o município apresenta dados parcialmente positivos em relação a escolaridade, via de parto, número de consultas pré-natal, em contrapartida ocorreu um aumento no número de gestantes adolescentes que deram à luz a bebês prematuros.

Divinópolis é o maior município da região ampliada oeste sendo considerado polo regional de saúde e referência de suporte para assistência na média e alta complexidade dos municípios de sua região de saúde. Os dados apontam que o município alcançou alguns indicadores como número de consultas preconizados pelo MS, no entanto ocorreu aumento de partos prematuros em gestantes adolescentes no mesmo período. Os desafios são constantes e

indicam a necessidade de planejamento de ações e serviços especializados de saúde e de articulação de estratégias de acesso, de forma a garantir o princípio da integralidade as gestantes adolescentes e seus filhos.

Portanto conclui-se além de alcançar indicadores e garantir o acesso ao serviço de saúde é necessária que o município ofereça a gestante adolescente uma assistência de qualidade identificando os fatores de risco e as causas que levam a gestante adolescente ao parto prematuro proporcionando a continuidade do cuidado a fim de evitar complicações obstétricas, e neonatais.

Conhecer o perfil clínico e sociodemográfico das gestantes adolescentes que tiveram bebês prematuro possibilita ao gestor planejar e promover ações direcionadas garantindo efetividade das políticas públicas no município.

## REFERÊNCIAS

BERLITZ B, et al. **Fatores de risco aos desfechos obstétricos e neonatais de mães adolescentes.** Rev. Enferm. UFSM. 2020 vol.10 e 89: 1-19. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769240813> Acesso em:17 dez 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde - **Prevenção de gravidez na adolescência é tema de campanha nacional** Publicado: Segunda, 03 de Fevereiro de 2020, 17h09. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46276-prevencao-de-gravidez-na-adolescencia-e-tema-de-campanha-nacional> Acesso em:23 jun. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Análise da Situação de Saúde (MS/SVS/DASIS) - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/n\\_vuf.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/n_vuf.def). Acesso em: 23 jun.2021

CABRAL, R. A., SANTOS, B. M. O. & CANO, M. A. T. (2017). **A experiência de ser mãe pela primeira vez após os 35 anos.** Revista Cinergis, 18(4), 279-284. <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i4.9830>. Acesso em 23 jun.2021

GAMA S. G. N., et al **Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S117-S127, 2014 <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00145513> Acesso em 23 jan. 2022

CARVALHORAS., et al. **Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracajú, 2011.** Epidemiol. Serv. Saúde. [Internet] 2016, 25(2): 271–280. Acesso em 23 jan. 2022

FARIA, G. R. B; MAGALHAES, C. M. C. **Correlações entre maternidade na adolescência e bebê prematuro e de baixo peso: uma revisão integrativa.** Mudanças, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 63-73, jun. 2020. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010432692020000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010432692020000100009&lng=pt&nrm=iso) acesso em: Acesso em15 jan. 2021.

GUIMARÃES, E. A. A., et al. **Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011:**análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 2017; 26(1):91-98Acesso em: 12 out. 2021

GURUNG, R., et al. **The burden of adolescent motherhood and health consequences in Nepal.** BMC Pregnancy Childbirth. 2020 May 24;20(1):318. doi: 10.1186/s12884-020-03013-8. PMID: 32448326; PMCID: PMC7245914. Acesso em: 23 jun. 2021

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/divinopolis.html>- Acesso em: 23 jun. 2021



OPAS - Pan American Health Organization (OPAS); United Nations Population Fund; United Nations Children's Fund. Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Report of a technical consultation. Washington D.C.: USA, August 29-30, 2016 – Acesso em: 23 jan. 2021

PMS/2014/2017 – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014/2017. Disponível em: <HTTPS://ufsj.edu.br/portalexpositorio/File/resenf/Plano%20Municipal%20Sa%FAde%20214%202017.pdf> Acesso em: 29 jun. 2021.

Relatório Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Report of a technical consultation (Washington, D.C., USA, August 29-30, 2016). ISBN: 978-92-75-11976-1© 2017 - Acesso em: 23 jun. 2021

ROSA, N. P., et al. (2021). **Risk factors and causes related to newborn prematurity in a hospital institution. Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, e55610918431, 2021(CC BY- Acesso em: 23 jul. 2021

SANTOS, L. A. V., et al. **História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva**. [Internet] 2018, 23(2): 617-625, 2018.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). **Prevenção da gravidez na adolescência.2019**. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Adolescencia\\_\\_21621cGPA\\_\\_Prevencao\\_Gravidez\\_Adolescencia.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Adolescencia__21621cGPA__Prevencao_Gravidez_Adolescencia.pdf). Acesso em: 23 jun. 2021

SOUZA, M. L., et al. **Taxa de fertilidade e desfecho perinatal em gravidez, m na adolescência: estudo retrospectivo populacional.** Rev. Latino-americana de Enfermagem, 2017; 25: 1-9. Acesso em: 23 de jun. 2021

SOUZA E. Z., et al. **Qualidade de vida de adolescentes grávidas.** REAS [Internet], 2020; 12(6): e3161. Acesso:23 jun.2021

UNICEF e UNFPA - Fundo das Nações Unidas para Infância e o Fundo de População das Nações Unidas. Gravidez na Adolescência no Brasil – Vozes de Meninas e de Especialistas / Benedito Rodrigues dos Santos, Daniella Rocha Magalhães, Gabriela Goulart Mora e Anna Cunha. Brasília: INDICA, 2017. 108 p. ISBN: 978-85-62539-48-0. Acesso em: 23 jun.2021

WHO - World Health Organization. Preterm birth [homepage on the Internet]. World Health Organization 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>, (2020). Adolescent pregnancy. Acedido a 21 de abril de 2020, Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> Acesso em: 23 jun. 2021

<https://cssjd.org.br/c/uti-neopediatria/uti-neopediatria>. Acesso em: 28/06/2021

## **6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## **6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo evidenciou que o conjunto de características sociodemográficas e os desfechos gestacionais das mães adolescentes que tiveram filhos prematuros no período de 2009 a 2019 demonstram que o município apresenta dados parcialmente positivos em relação a escolaridade, via de parto, e número de consultas pré-natal, em contrapartida ocorreu um aumento significativo no número de gestantes adolescentes que deram à luz a bebês prematuros.

Divinópolis é o maior município da região ampliada oeste sendo considerado polo regional de saúde e referência de suporte para assistência na média e alta complexidade dos municípios de sua região de saúde. Os dados apontam que o município percorreu-se um longo caminho no período de 2009 a 2019 no entanto a realidade ainda é prejudicial em relação aos indicadores sociais relacionados aos casos de prematuridade em gestantes adolescentes.

Os desafios são constantes e indicam a necessidade de planejamento de ações e serviços especializados de saúde e de articulação de estratégias de acesso, de forma a garantir o princípio da integralidade as gestantes adolescentes e seus filhos. É importante que como maior cidade da macrorregião o município aumente sua oferta de serviços e ofereça aos seus munícipes e aos municípios vizinhos acesso facilitado ao sistema de saúde.

Portanto conclui-se além de alcançar indicadores e garantir o acesso ao serviço de saúde é necessária que o município ofereça a gestante adolescente uma assistência de qualidade identificando os fatores de risco e as causas que levam a gestante adolescente ao parto prematuro proporcionando a continuidade do cuidado a fim de evitar complicações obstétricas, e neonatais.

Conhecer o perfil clínico e sociodemográfico das gestantes adolescentes que tiveram bebês prematuro possibilita ao gestor planejar e promover ações direcionadas garantindo efetividade das políticas públicas no município.

**REFERÊNCIAS**

---

**REFERÊNCIAS**

ABRAMO, H.; BRANCO, P. P. M. **Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional**. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2005. 23 Acesso em: 23 jun. 2021

AGUIAR F.A.R, et al. **Experiência da gravidez entre adolescentes gestantes**. Rev. enferm UFPE online. [Internet] 2018, 12(7): 1986-96 Acesso em: 10 de jan.2021

AMARAL, V. L. **A Psicologia da Adolescência**. Psicologia da educação. UNIDIS GRAD. Natal, RN: EDUFRN, 2007. Acesso em: 23 jun.2021

**Anticoncepção para adolescentes** – São Paulo: Connexomm, 2017. Série Orientações e recomendações FEBRASGO. n. 9, 2017. ISSN 2525-6416 NLM WP630 disponível em: [https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/15ANTICONCEPCAO\\_PARA\\_ADOLESCENTES.pdf](https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/15ANTICONCEPCAO_PARA_ADOLESCENTES.pdf) Acesso em:23 jun.2021

ARAÚJO, V. M.; MORÉS, A.; ANTUNES, H. S. **Os dizeres das adolescentes sobre a gravidez precoce: desafios para a escola**. V.26 nº 01. Edição 2001. Disponível em: <http://coralx.ufsm.br/revce/> Acesso em 28 abr. 2021

AZEVEDO, et al. **Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura**. Einstein, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 618-626, dezembro. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167945082015000400618&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167945082015000400618&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 22 abr. 2020.

BARALDI, A. C. P. et al., **Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas**. Rev. Latino-am. Enfermagem.

Setembro-outubro; 15 (número especial), 2007. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acesso em: 24 abr. 2020.

BERLITZ B, et al. **Fatores de risco aos desfechos obstétricos e neonatais de mães adolescentes.** Rev. Enferm. UFSM. 2020 vol.10 e89: 1-19.  
DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769240813>  
Acesso: 17 dez 2021.

BICK, D. **Born too soon: The global issue of preterm birth.** Midwifery.2012; 28:401-2.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.010> Acesso em: 23 jun.2021

BINSTOCK, G. (2016). **Fecundidade e maternidade adolescente no Cone Sul: anotações para a construção de uma agenda comum.** UNFPA. Recuperado outubro 2018, disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/fecundidade\\_maternidade\\_adolescente\\_conesul.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/fecundidade_maternidade_adolescente_conesul.pdf)  
Acesso em 21 dez 21

BONILHAEA, et al. **Gestação na adolescência no município de São Paulo.** Boletim Eletrônico CEInfo. [Internet] 2015, 6(2), p.1-11. Acesso: 17 dez 2021

BOUZAS, I. C. S.; CADER, S. A.; LEÃO, L. **Gravidez na adolescência: uma revisão sistemática do impacto da idade materna nas complicações clínicas obstétricas e neonatais na primeira fase da adolescência.** Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul./set. 2014 23 Acesso em: jun.2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Adolescente Grávida e os Serviços de Saúde no Município.** Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília – DF. 2000.

Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0101adolescente\\_gravida.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0101adolescente_gravida.pdf).

Acesso em: 23 abr.2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico Pré-natal e Puerpério – **Atenção Qualificada e Humanizada**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília –DF, 2006. Acesso em:23 jun.2021

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. 132p. Acesso em: 23 abr.2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Acesso em: 23 abr.2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acesso em: 23 abr.2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Cadernos de Atenção Básica, n. 26– 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)

Acesso em 30 de nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção**



**básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 233 p. Acesso em: 23 jun.2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico** | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde 27 Volume 51 | Nº 20 | Mai. 2020 Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/#:~:text=Volume%2051.,25%2F04%2F2020>). Acesso em: 23 jun.2021

BRASIL. Ministério da Saúde - **Secretaria de Vigilância em Saúde** - Departamento de Análise da Situação de Saúde (MS/SVS/DASIS) - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 23 jun.2021

BRASIL. Ministério da Saúde - **Prevenção de gravidez na adolescência é tema de campanha nacional** Publicado: Segunda, 03 de Fevereiro de 2020, 17h09. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46276-prevencao-de-gravidez-na-adolescencia-e-tema-de-campanha-nacional> Acesso em 23 jun.2021

BULHÕES, T.R.B., et al. **Prevalência de Recém Nascidos Pré-Termo de Mães Adolescentes**. Id onLine Revista multidisciplinar e de Psicologia, 2017, vol.12, n.39, p.84-96. ISSN: 1981-1179. Acesso em: 23 jun.2021

BUSSMANN C. E. P. B. **Relato de experiência: percepção acerca do significado dos cortes no corpo do adolescente**. Revista Destaques Acadêmicos, Lajeado, 2017; 9 (3): 168-185. Acesso em: 23 jun.2021

CABRAL, R. A., SANTOS, B. M. O. & CANO, M. A. T. (2017). **A experiência de ser mãe pela primeira vez após os 35 anos.** Revista Cinergis, 18(4), 279-284. <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i4.9830>. Acesso em:23 jun.2021

CALLIGARIS, C. (2011). *A adolescência*. São Paulo: Publifolha. [ [Links](#) ] Acesso em: 21 dez.2021

CARVALHO, J.B.L., et al. **Condições socioeconômicas da gestação de bebês prematuros.** Rev. Enferm UFPE online. [Internet] 2018, 12(2): 386-90. Acesso em: 21 dez.2021

CARVALHORAS., et al. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracajú, 2011. Epidemiol. Serv. Saude. [Internet] 2016, 25(2): 271–280. Acesso em: 21 dez.2021

CEDECA - Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente. Estatuto da Criança e do Adolescente [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): CEDECA; 2017 Disponível em: <https://cedecarj.org.br/portfolio/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-2017/> Acesso em: 23 jun.2021

CERQUEIRA, Ludmilla Oliveira Lima; BARROS, Carolina Valério. As significações de maternidade para adolescentes mães de prematuro. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 88-101, dez. 2020. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151608582020000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582020000200009&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 jan. 2024.

COSTA, G. P. O., **Conhecimentos, atitudes e práticas sobre contracepção para adolescentes.** 2013. 104 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do

Rio Grande do Norte, Natal, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/13332> Acesso em 23 jun.2021

COUTINHO, L. G. (2009). **Adolescência e errância: destinos do laço social contemporâneo**. Rio de Janeiro, RJ: FAPERJ. Acesso em 23 jun.2021

DARROCH, J., et al. **Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents**. New York: Guttmacher Institute; 2016. Acesso em: 23 jun.2021

DELGADO, S. E. (2002) **A construção do caminho do vínculo mãe adolescente/bebê pré-termo**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, 12 (1), 27-35. Acesso em: 23 jun.2021

DHONT, M. **History of oral contraception**. Eur J Contracep Reprod Health Care 2010. 15(sup2): S12-S18. Acesso em: 23 de jun. 2021

ELIAS, B. R. **Prevenção à gravidez na adolescência com ênfase nos beneficiários do programa Bolsa Família (PBF)**. 2011. 23 f. Projeto Técnico/monografia (Especialização em Gestão de Saúde Pública) - Universidade Federal do Paraná, Rio Branco do Sul, 2011. Acesso em: 21 dez.2021

FARIA, Gabriela Ribeiro Barros de; MAGALHAES, Celina Maria Colino. **Correlações entre maternidade na adolescência e bebê prematuro e de baixo peso: uma revisão integrativa**. Mudanças, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 63-73, jun. 2020. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010432692020000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010432692020000100009&lng=pt&nrm=iso) Acesso em:15 jul. 2021.

FELISBINO M.M.S., et al. **Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015.** Rev. Bras. Epidemiol. 2018;21(Suppl 1):e180013.supl1. doi: 10.1590/1980-549720180013.supl.123 Acesso em: jun.2021

FIGUEIREDO, N.M.A. **Ensinando a cuidar em Saúde Pública.** São Caetano do Sul -SP: Yendis, 2008; 448p. Acesso em: jun.2021

FUNES, Gloria Maria Pereira; TORTATO, Cíntia Souza Batista. **O acolhimento na assistência pré-natal de adolescentes grávidas no serviço público de saúde do município sob o olhar CTS.** Cad. Gên. Tecnol., Curitiba, v. 14, n. 43, p. 512-531, jan./jun. 2021. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt> Acesso em: 23 jun.2021

GUIMARÃES, E.A.A., et al. **Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 2017; 26(1):91-98 Acesso em: 12 out. 2021

GUIMARÃES, A.L.S., et al. **Análise das malformações congênitas a partir do relacionamento das bases de dados de nascidos vivos e óbitos infantis.** Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil, Recife, 19 (4): 925-933 out/dez, 2019 Acesso em: 12 out. 2021.

GURUNG, R., et al. **The burden of adolescent motherhood and health consequences in Nepal.** BMC Pregnancy Childbirth. 2020 May 24;20(1):318. doi: 10.1186/s12884-020-03013-8. PMID: 32448326; PMCID: PMC7245914. Acesso em: 23 jun.2021

KAWAKITA, et al.; 2016. Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 29(2), 130-136. <http://10.1016/j.jpag.2015.08.006>.  
Acesso 10 nov. 2021

KHASHAN, A. S., BAKER, P. N, & KENNY, L. C. (2010). **Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study.** *BMC Pregnancy & Childbirth*. Recuperado em outubro de 2017, Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2909926/pdf/1471-2393-10-36.pdf>  
Acesso em: 23 jun.2021

LEVISKY, D. L. (2004). **Um monge no divã. O adolescer de Guibert de Nogent (1055-1125?): uma análise histórico-psicanalítica** (Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo). Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-19052005-173437/pt-br.php>  
23 jun.2021

MALTA M, CARDOSO LO, tradutores. In: Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):559-65 Acesso em: 02 de jan. 2021

MARGULIS, M.; URRESTI, M. **La Juventud es más que una Palabra**. Buenos Aires: Biblos, 1996. p. 28. 23 jun.2021

MATINS, M. G., et al. **Associação de gravidez na adolescência e prematuridade.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 33(11): 354-60, 20123 jun.2021

MATOS, S. M. (2004). **Adolescência e relações amorosas: um estudo sobre jovens pertencentes às camadas populares cariocas**. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Pontífica Universidade Católica do Rio de Janeiro. Acesso em: 23/06/2021

MCRAE, D.N, MUHAJARINE N, JANSSEN PA. **Improving birth outcomes for women who are substance using or have mental illness: a Canadian cohort study comparing antenatal midwifery and physician models of care for women of low socioeconomic position**. BMC Pregnancy Childbirth. 2019 Aug 6;19(1):279. doi: 10.1186/s12884-019-2428-y. PMID: 31387532; PMCID: PMC6683351. Acesso em: 23/06/2021

MONTEIRO., et al. **Adolescent pregnancy trends in the last decade**. Ver. Assoc. Med. Bras. 2019; 65(9):1209-15 Acesso em: 23/06/2021

MONTEIRO, N. R. O., et al. **Gravidez e maternidade de adolescentes: fatores de risco e de proteção**. Journal of Human Growth and Development, v. 21, n. 2, p. 198-209, 2011. Acesso em: 21 de nov. de 2021.

NASIO, J. D. (2011). **Como Agir com um Adolescente Difícil: Um Livro para Pais e Profissionais**. Rio de Janeiro: Zahar. 23 jun.2021

NEAL., et al. **Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries**. Acta Obstet Gynecol Scand 2012;91: 1114–18. Every Woman Every Child. The Global-Strategy for Women`s, Children`s and Adolescents` Health (2016-2030). Geneva: Every Woman Every Child, 2015. Acesso em: 23/06/2021

NETO, X., et al. **Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 3, p. 279-285, 2007. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-716720070003000006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-716720070003000006&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 13 nov. 2021.

OLIVEIRAG., et al. **O acesso ao pré-natal no âmbito da atenção básica: revisão integrativa.** Rev enferm UFPE online. [Internet] 2016, 10(9): 3446-54. Acesso em: 13 nov. 2021.

OLIVEIRA, R. S., BRITO, M. L. S. & COSTA NETO, D. B. (2019). **Uma análise integral do trabalho de parto prematuro.** Revista de Patologia do Tocantins. 6(1), 54-57. <https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2019v6n1p54>. Acesso em: 13 nov. 2021.

OPAS - Pan American Health Organization (OPAS); United Nations Population Fund; United Nations Children's Fund. **Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Report of a technical consultation.** Washington D.C.: USA, August 29-30, 2016 - Relatório **Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean .Report of a technical consultation** (Washington, D.C., USA, August 29-30, 2016).ISBN: 978-92-75-11976-1© 2017 Pan American Health Organization, United Nations Population Fund, and United Nations Children's ("Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean"). Acesso em: 23/06/2021

PEREIRA, S. S. M., et al. **Perfil de Gestantes Acometidas de Parto Prematuro em uma Maternidade Pública.** Rev. pesquis. cuid. fundam., 2018; 10(3): 758-763. Acesso em: 23 jun.2021

PEREIRA, A.O.R., et al. **Fatores que interferem na realização do aleitamento materno exclusivo.** Nursing (São Paulo), v. 24, n. 274, p. 5401-5418, 2021. Acesso em: 15 de dez. de 2021.

PMS/2014/2017 – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014/2017. Disponível em: <HTTPS://ufsj.edu.br/portalrepositorio/File/resenf/Plano%20Municipal%20Sa%FAde%20214%202017.pdf> Acesso em: 29 de jun. 2021.

PONTES, G. A. R.; & CANTILLINO, A. (2014) **A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe bebê.** Jornal brasileiro de psiquiatria, Rio de Janeiro, 63(4), 290-98 Acesso em: 28 de nov. de 2021

RODRIGUES, M. P., et al. **Percepções sobre os efeitos psicossociais da gravidez na adolescência no cenário da Estratégia Saúde da Família.** Revista Ciência Plural, v. 3, n. 1, p. 81-97, 2017. Acesso em: 28 de nov. de 2021

ROSA, N. P., et al. (2021). **Risk factors and causes related to newborn prematurity in a hospital institution.** Research, Society and Development, v. 10, n. 9, e55610918431, 2021(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18431> Acesso em: 29 de jun. 2021.

SABROZA, A.R., et al. **Perfil sociodemográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil -(1999-2001).** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 20 sup.1:s112-s120, 2004. 23 jun.2021

SANTOS, L.A.V., et al. **História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva. [Internet] 2018, 23(2): 617-625, 2018. Acesso em: 21 dez.2021



SANTOS, N. L. B.; GUIMARÃES, D. A.; DA GAMA, C. A. P. **A percepção de mães adolescentes sobre seu processo de gravidez.** Revista Psicologia e Saúde, v. 8, n. 2, p. 83-96, 2016. Acesso em: 20 de nov. de 2020

SANTOS, N. L. A. C., et al. **Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2014; 19(3): 719-726. Acesso em: 21 dez.2021

SANTOS, M. M. A. S., et al. **Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes.** Rev Bras de Epidemiol, 2012;15(1):143-54. Acesso em: 23 jun.2021

SANTROCK, J. W. (2014). **Adolescência.** Porto Alegre: AMGH. Acesso em: 23 jun.2021

SILVA, M. R. B., et al. **Por que elas não usam? um estudo sobre a não adesão das adolescentes ao preservativo e suas repercussões.** Saúde Redes.2015;(1)4:75-83. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n4p75-83>. Acesso em: 23 jun.2021

SERRUYA, S.J., et al. **O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.** Cad. Saúde Pública. [Internet]2004, 26 (7): 517-25. Acesso em: 21 dez.2021

SMITH G; P. E. L. L. J. (2001). **Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second birth: population based retrospective cohort study.** BMJ. Acesso em: 21 dez.2021

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). (2017). **Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência**. Rio de Janeiro. Recuperado de [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/20399bDocCient\\_\\_Prevencao\\_da\\_prematuridade.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20399bDocCient__Prevencao_da_prematuridade.pdf). Acesso em: 21 dez.2021

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). **Prevenção da gravidez na adolescência**. 2019. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Adolescencia\\_-\\_21621c-GPA\\_\\_Prevencao\\_Gravidez\\_Adolescencia.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Adolescencia_-_21621c-GPA__Prevencao_Gravidez_Adolescencia.pdf)>. Acesso em: 23 jun.2021

SOUSA E. Z T., et al. **Qualidade de vida de adolescentes grávidas**. REAS [Internet], 2020; 12(6): e3161. Acesso em:23 jun.2021

SOUTO R. M. C. V., et al. **Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento**. Ciênc Saúde Coletiva. 2017;22(9):2909-18. doi: 10.1590/1413-81232017229.13312017 Acesso em: 23 jun.2021

SOUZA, M. L., et al. **Taxa de fertilidade e desfecho perinatal em gravidez, m na adolescência: estudo retrospectivo populacional**. Rev. Latino-americana de Enfermagem, 2017; 25: 1-9. Acesso em: 21 dez.2021

SVANEMYR, J., et al. **Preventing child marriages: fi rst international day of the girl child “my life, my right, end child marriage”**. Reprod Health. 2012;9:31. Acesso em: 23 de jun. 2021

TABORDA, J. Á., et al. **Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas.** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 2014; 22(1): 16-24. 35. Acesso em: 23 jun. 2021

TÔRRES, T. R. F, et al. **O cuidado de enfermagem na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.** AdolescSaude, Rio de Janeiro, 2013; 10(Supl. 1): 16-26. Acesso em: 23 jun. 2021

TUON, R. A, et al. **Impacto do monitoramento telefônico de gestantes na prevalência da prematuridade e análise dos fatores de risco associados em Piracicaba, São Paulo, Brasil.** Cad. saúde pública ; 32(7): e 00107014, 2016. Acesso em: 23 jun.2021

UNICEF e UNFPA - Fundo das Nações Unidas para Infância e o Fundo de População das Nações Unidas. **Gravidez na Adolescência no Brasil – Vozes de Meninas e de Especialistas** / Benedito Rodrigues dos Santos, Daniella Rocha Magalhães, Gabriela Goulart Mora e Anna Cunha. Brasília: INDICA, 2017. 108 p. ISBN: 978-85-62539-48-0. Acesso em: 23 jun.2021

UNFPA – Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA). **Relatório da ONU diz que 7,3 milhões são mãe antes dos 18 anos.** ONU News. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2013/10/1455021-relatorio-da-onu-diz-que-73-milhoes-sao-mae-antes-dos-18-anos>. Acesso em: 23 jun.2021

\_\_\_\_\_. **Girlhood, not mother hood: Preventing adolescent pregnancy.** New York: UNFPA; 2015. Disponível em: <https://www.unfpa.org/publications/girlhood-not-motherhood> Acesso em: 23 jun.2021

VIELLAS, E. F., et al. **Assistência pré-natal no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2014, v. 30, n. Suppl 1 [Acessado 22 Junho 2021] , pp. S85- S100. Disponível em: . ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>

WILLIAMSON, N. (2013). **Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência**. Relatório. Fundo de População das Nações Unidas. Brasil: UNFPA. Acesso: 23 jun.2021

WHO - World Health Organization. Preterm birth [homepage on the Internet]. **World Health Organization 2016**. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>, (2020). Adolescent pregnancy. Acedido a 21 de abril de 2020, Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> Acesso em:23 jun. 2021

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **The changing world of adolescent sexual and reproductive health and rights**. <https://www.who.int/news-room/detail/03-02-2020-the-changing-world-of-adolescent-sexual-and-reproductive-health-and-rights> Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/03-02-2020-the-changing-world-of-adolescent-sexual-and-reproductive-health-and-rights> Acesso em: 29 jun.2021; <https://cssjd.org.br/c/uti-neopediatria/uti-neopediatria>. Acesso em: 28 jun.2021