Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria
ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 09/07/2019
Data de Aprovação: 07/08/2019

ARTIGO ORIGINAL

# Gravidez na adolescência: um estudo de base hospitalar

## *Pregnancy in adolescence: a hospital-based study*

Carolina Dresch Dociatti[1], Maria Beatriz Reinert do Nascimento[2], Scheila Siebeneicher[2], Marco Antonio Moura Reis[3]

**Palavras-chave:** Gravidez na Adolescência, Cuidado Pré-Natal, Recém-Nascido.

## Resumo

**Objetivos:** Caracterizar as adolescentes atendidas em uma maternidade de grande porte no sul do Brasil e avaliar a associação da assistência pré-natal inadequada com desfechos perinatais adversos. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, de abordagem quantitativa, por meio da avaliação de prontuários eletrônicos de adolescentes, com idade inferior a 18 anos, e de seus neonatos. Para caracterizar a população estudada, foram utilizados métodos estatísticos descritivos, calculando-se distribuições de frequências e medidas de tendência central. Para a análise da associação entre falta de realização de pré-natal satisfatório (oito consultas ou mais) e variáveis maternas e neonatais foram utilizados o teste do qui-quadrado e o teste exato de Fisher, admitindo-se um nível de significância de 0,05. **Resultados:** Foram 378 partos de gestantes com menos de 18 anos de idade. A frequência de prematuridade, baixo peso ao nascimento, admissão no berçário, óbito neonatal e amamentação à alta foram respectivamente 11,3%, 8,9%, 5,5%, 2,4% e 99,7%. Ter feito menos de oito consultas médicas no período pré-natal foi associado significativamente a variáveis neonatais como prematuridade, baixo peso ao nascer, internação na unidade neonatal e óbito neonatal ($p$=0,0000, $p$=0,0339, $p$=0,0231 e $p$=0,0152). **Conclusões:** Assistência pré-natal insatisfatória foi associada à prematuridade, baixo peso ao nascer, admissão na unidade neonatal e óbito neonatal.

**Keywords:** Pregnancy in Adolescence, Prenatal Care, Infant, Premature.

## Abstract

**Objectives:** To perform a study of adolescents cared in a large maternity hospital in south of Brazil, and evaluate the association of inadequate prenatal care with adverse perinatal outcomes. **Methods:** This is an observational and retrospective study, with a quantitative approach, through the evaluation of electronic medical records of adolescents under the age of 18 and their neonates. Descriptive statistical methods were used to characterize the studied population, calculating distributions of frequency and measures of central tendency. For the analysis of the association between the lack of satisfactory prenatal performance (eight or more consultations) and maternal and neonatal variables, the chi-square test and the Fishers exact test were used, assuming a significance level of 0.05. **Results:** There were 378 deliveries of pregnant women under 18 years of age. The frequency of prematurity, low birth weight, admission to the nursery, neonatal death, and breastfeeding at discharge were 11.3%, 8.9%, 5.5%, 2.4%, and 99.7%, respectively. Having less than eight visits in the prenatal period was significantly associated with neonatal variables such as prematurity, low birth weight, hospitalization in the neonatal unit, and neonatal death ($p$=0.0000, $p$=0.0339, $p$=0,0231, and $p$=0.0152). **Conclusions:** Unsatisfactory prenatal care was associated with prematurity, low birth weight, admission to the neonatal unit, and neonatal death.

[1] Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE), Departamento de Medicina - Joinville - SC - Brasil.
[2] Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE), Maternidade Dracy Vargas, Departamento de Medicina - Joinville - SC - Brasil.
[3] Bambini Pediatras Associados, Pediatria - Joinville - SC - Brasil.

**Endereço para correspondência:**
Carolina Dresch Dociatti.
Universidade da Região de Joinville. Rua Paulo Malschitzki - Zona Industrial Norte, Joinville - SC. Brasil. CEP: 89219-710. E-mail: carolina.dociatti@gmail.com


DOI: 10.25060/residpediatr-2021.v11n2-161

Este trabalho está licenciado sob uma Creative Commons Attribution 4.0 International License.

## INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de transição, acompanhado de mudanças físicas, emocionais e sociais, onde as experiências vividas podem ter impacto duradouro sobre a saúde na vida adulta. Esta fase requer atenção especial quando se trata de questões reprodutivas, pois escolhas das jovens mulheres sobre sexualidade, com práticas sexuais casuais, podem aumentar o risco de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada[1-3].

No mundo, a cada ano, são cerca de 17 milhões de adolescentes dando à luz, com metade dos nascimentos ocorrendo em apenas sete países: Bangladesh, Brasil, República Democrática do Congo, Etiópia, Índia, Nigéria e Estados Unidos[2].

Em 2013, no Brasil, 19,3% dos nascidos vivos foram filhos de mulheres de 19 anos ou menos. No banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), de 2014, houve registro de 562.608 parturientes adolescentes, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentaram as maiores frequências de mães com idade entre 10 e 19 anos, com 26,2% e 21,8%, respectivamente[4].

No estado de Santa Catarina, entre 2006 e 2013, 17% do total de nascidos vivos foram decorrentes de gestação adolescente[5].

Em 2019, o Estatuto da Criança e do Adolescente passa a vigorar acrescido de um artigo oitavo, que institui a "Semana da Prevenção da Gravidez na Adolescência", a ser comemorada anualmente na semana que englobe o dia 1º de fevereiro, para realização de ações com objetivo de educação e aconselhamento de jovens sobre sexualidade e saúde reprodutiva, para que sejam reduzidas as taxas de gravidez precoce[3].

É sabido que a maternidade altera o curso de vida de uma mulher, e ficar grávida na adolescência pode resultar em evasão escolar, afetando a educação e a renda no futuro, determinando condições de vida mais precárias e pior estado nutricional[2]. Estas adversidades podem, ainda, ser agravadas pela violência praticada pelo parceiro e pelo estigma da gestação prematura, predispondo as jovens mães à depressão[6]. Também há descrição de aumento do risco obstétrico e de resultados neonatais desfavoráveis[1,4,7], com as complicações da gravidez e do parto, sendo a segunda maior causa de morte de garotas entre 15 e 19 anos no mundo[2].

Pesquisas sugerem que as intercorrências da gravidez na adolescência, além de causadas por fatores fisiológicos e anatômicos próprios da baixa idade, estão associadas à falta de apoio familiar, baixa escolaridade, condições sociais adversas e, especialmente, ao cuidado pré-natal inadequado[5,6,8].

Para que haja uma experiência gestacional positiva, em qualquer idade, a Organização Mundial de Saúde passou a recomendar um mínimo de oito consultas de atendimento pré-natal, sendo um contato no 1º trimestre, dois contatos no 2º trimestre e cinco contatos no 3º trimestre[9].

Considerando a importância do conhecimento da realidade de cada local para o planejamento de estratégias próprias de atenção à gravidez na adolescência, procurou-se neste estudo caracterizar as adolescentes atendidas em uma maternidade de grande porte no sul do Brasil e avaliar a associação da assistência pré-natal inadequada com desfechos perinatais adversos.

## MÉTODOS

Joinville é a maior cidade de Santa Catarina, com população de 570 mil habitantes, que tem a economia baseada na indústria, e é responsável por cerca de 20% das exportações catarinenses, tendo PIB de cerca de R$ 25,2 bilhões. Apresenta alguns indicadores sociais e de saúde que demonstram um bom padrão de qualidade de vida, como um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,809, que figura entre os mais altos do Brasil, e um coeficiente de mortalidade infantil de 8,8 por mil[10].

A maternidade é um Hospital Amigo da Criança público, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, que e é centro de referência terciário em saúde materno-infantil. Também é referência estadual do Ministério da Saúde para Bancos de Leite Humano e Método Canguru. Dispõe de 122 leitos, sendo 89 obstétricos e 33 neonatais, tendo atendido, em 2017, a uma média de 505 partos mensais (64,3% de partos normais) resultando no nascimento de 513 neonatos a cada mês, com 9,6% de recém-nascidos (RN) de baixo peso (RNBP) e 6,4% de prematuros (RNPT).

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, analítico descritivo, de abordagem quantitativa, realizado por meio da avaliação de prontuários eletrônicos de gestantes adolescentes, com idade inferior a 18 anos, e de seus RN, atendidos no ano de 2017.

Os dados coletados em formulário específico, foram transcritos para o EpiData Entry 3.1 e analisados com o EpiData Analysis 2.2.3, utilizando-se métodos estatísticos descritivos, para cálculo de distribuições de frequências e medidas de tendência central (médias e desvio padrão). Para a análise da associação entre falta de realização de pré-natal satisfatório (oito consultas ou mais) e variáveis maternas e neonatais utilizou-se o teste do qui-quadrado, admitindo-se um nível de significância de 0,05. Em caso de haver, na tabela de contingência, uma célula que possuísse frequência esperada menor que 5, foi usado o teste exato de Fisher.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa referência do hospital sob o parecer nº 2.233.007.

## RESULTADOS

Durante o período do estudo, houve 378 partos de gestantes com menos de 18 anos de idade, que resultaram no nascimento de 380 neonatos. A Tabela 1 apresenta as

**Tabela 1.** Características de gestantes adolescentes (n=378), Maternidade Darcy Vargas, Joinville/SC, 2017.

| Características | Valor |
|---|---|
| **Idade** (média e variação) | 16,2 (13-17) |
| **Raça** (nº e %) | |
| Branca | 327 (86,5) |
| Outras | 51 (13,5) |
| **Escolaridade** (nº e %) | |
| Não frequentou a escola | 1 (0,3) |
| Fundamental incompleto | 131 (34,7) |
| Fundamental completo | 113 (29,9) |
| Médio incompleto | 106 (28,0) |
| Médio completo | 27 (7,1) |
| **Situação conjugal** (nº e %) | |
| Solteira | 283 (74,9) |
| União estável | 82 (21,7) |
| Casada | 13 (3,4) |
| **Primeira gestação** (nº e %) | |
| Sim | 329 (87,0) |
| Não | 49 (13,0) |
| **Assistência pré-natal** (nº e %) | |
| Sim | 370 (97,9) |
| Não | 8 (2,1) |
| **Consultas no pré-natal** (nº e %) | |
| <8 | 180 (47,6) |
| ≥8 | 198 (52,4) |
| **Intercorrências na gravidez** (nº e %) | |
| Sim | 159 (42,1) |
| Não | 219 (57,9) |
| **Tipo de parto** (nº e %) | |
| Vaginal | 289 (76,5) |
| Cesariana | 89 (23,5) |
| **Permanência hospitalar** (média e variação) | 2,8 (1-13) |

características maternas. A idade média das adolescentes foi de 16,2 anos (DP=1,0), sendo 86,5% da raça branca, 74,9% solteiras e com 35,1% delas estudando além do ensino fundamental. A maioria das jovens era primigesta (87,0%), de fetos únicos (99,5%) e teve acompanhamento pré-natal (97,9%), com uma média de 7,9 consultas (DP=3,1). A assistência pré-natal foi considerada satisfatória, com pelo menos oito consultas, para 52,4% das mães. Intercorrências na gravidez aconteceram em 42,1% das pacientes, sendo a infecção do trato urinário a mais comum delas (34,6%). O tipo de parto predominante foi o vaginal (76,5%) e a média de permanência hospitalar foi de 2,8 dias (DP=1,5).

A Tabela 2 apresenta as características neonatais. Foram avaliados 380 neonatos, dos quais 11,3% foram prematuros. O peso médio ao nascimento foi de 3125,4g (DP=514,0g), e a idade gestacional média foi de 38 semanas/4 dias (DP=2semanas/5dias). A duração média da internação foi de 3,6 dias (DP=5,3 dias). A admissão em unidade neonatal (UN) foi necessária para 5,5% dos neonatos, na maior parte dos casos por desconforto respiratório (71,4%). Malformações congênitas foram observadas em 3,1% dos recém-nascidos. A taxa

**Tabela 2.** Características dos recém-nascidos de gestantes adolescentes (n=380), Maternidade Darcy Vargas, Joinville/SC, 2017.

| Características | Valor |
|---|---|
| **Peso do RN** (média e variação) | 3125,4 (330-4400) |
| **Idade gestacional** (média e variação) | 38 4/7 (20-41) |
| **Baixo peso** (nº e %) | |
| Sim | 34 (8,9) |
| Não | 346 (91,1) |
| **Prematuridade** (nº e %) | |
| Sim | 43 (11,2) |
| Não | 337 (88,8) |
| **Pequeno para idade gestacional** (nº e %) | |
| Sim | 32 (8,4) |
| Não | 348 (91,6) |
| **Admissão na unidade neonatal** (nº e %) | |
| Sim | 21 (5,5) |
| Não | 359 (94,5) |
| **Permanência hospitalar** (média e variação) | 3,6 (1-65) |
| **Óbito** | 9 (2,4) |
| Sim | 371 (97,6) |
| Não | |
| **Alimentação à alta** | |
| AM exclusivo | 366 (99,2) |
| AM misto | 2 (0,5) |
| Fórmula infantil | 1 (0,3) |

de óbitos foi de 2,4%. A frequência de aleitamento materno (AM) à alta foi de 99,7%, sendo exclusivo em 99,2% dos casos.

Ter feito menos de oito consultas médicas no período pré-natal foi associado significativamente a variáveis neonatais como prematuridade, baixo peso ao nascer, internação na UN e óbito neonatal ($p$=0,0000, $p$=0,0339, $p$=0,0231 e $p$=0,0152), conforme a Tabela 3. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre as outras variáveis estudadas como raça da mãe, viver com o companheiro, intercorrências gravídicas, tipo de parto e o recém-nascido ser pequeno para a idade gestacional.

## DISCUSSÃO

A frequência de partos em adolescentes menores de 18 anos foi de 6,2%, o que é condizente com a proporção de 9% de gravidez na adolescência, de jovens entre 10 e 19 anos, no nosso município[10]. Vale ressaltar que, embora o termo adolescente seja tipicamente definido como o indivíduo entre 10 e 20 anos incompletos[3], do ponto de vista jurídico, o Estatuto da Criança e do Adolescente o considera como a pessoa entre 12 e 18 anos incompletos. Quando se busca a literatura referente à gravidez na adolescência, há variação na idade de inclusão nas pesquisas, sendo de 12 a 18 anos no México[14], menores de 19 anos na Turquia[13], menores de 20 anos nos Estados Unidos[15], ou menores de 21 anos em Cingapura[9].

Apesar de no Brasil, os índices de partos cesarianos serem altos, em torno de 57,0%[4], diversos autores nacionais[5,16]

**Tabela 3.** Pré-natal insatisfatório (<8 consultas) e sua associação com variáveis maternas e neonatais, Maternidade Darcy Vargas, Joinville/SC, 2017.

| | Total | Sim | Pré-natal % | Insatisfatório Não | % | Valor de *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Raça** | | | | | | |
| Branca | 327 | | 46,5 | | | 0,2629 |
| Outras | 51 | 152 | 54,9 | | | |
| **Companheiro** | | | | | | |
| Não | | | 47,7 | | | 0,9549 |
| Sim | | | 47,4 | | | |
| **Intercorrências** | | | | | | |
| Sim | | | 44,0 | | | 0,2332 |
| Não | | | 50,2 | | | |
| **Tipo de parto** | | | | | | |
| Vaginal | | | 48,4 | 149 | 51,6 | 0,5633 |
| Cesariana | | | 44,9 | 49 | 55,1 | |
| **Prematuridade** | | | | | | |
| Sim | 43 | 36 | 83,7 | 7 | 16,3 | 0,0000 |
| Não | 337 | 144 | 42,7 | 193 | 57,3 | |
| **Baixo peso** | | | | | | |
| Sim | 34 | 22 | 64,7 | 12 | 35,3 | 0,0339 |
| Não | 346 | 158 | 45,7 | 188 | 54,3 | |
| **PIG** | | | | | | |
| Sim | 32 | 11 | 34,4 | 21 | 65,6 | 0,1240 |
| Não | 348 | 169 | 48,6 | 179 | 51,4 | |
| **Admissão na UN** | | | | | | |
| Sim | 21 | 15 | 71,4 | 6 | 28,6 | 0,0231 |
| Não | 359 | 165 | 46,0 | 194 | 54,0 | |
| **Óbito** | | | | | | |
| Sim | 9 | 8 | 88,9 | 1 | 11,1 | 0,0152 |
| Não | 371 | 172 | 46,4 | 199 | 53,6 | |

e internacionais[1,11-14,17] registram que as adolescentes são mais propensas a evoluir para parto vaginal, o que foi concordante com nosso achado de 76,5% de partos normais. Em Joinville, a taxa de cesarianas é de 51,0%, em função de que 41,0% dos nascimentos ocorre na rede de saúde suplementar, onde a frequência de partos normais é só 29,0%, enquanto no atendimento pelo SUS, o percentual de partos vaginais corresponde a 64,3%[10].

A baixa idade da mãe é geralmente descrita correlacionada a menores taxas de iniciação do AM. Mães mais jovens parecem praticar menos a lactação natural. Pesquisas brasileiras também correlacionam a idade com a interrupção do AM. Em Ribeirão Preto, apenas 61,0% dos neonatos de mães adolescentes mamaram na primeira hora de vida[18]. Em Teresina, entre as adolescentes que desmamaram antes de três meses de idade do bebê, foi observado que só 60,0% delas amamentou no primeiro mês pós-parto[19]. Em Porto Alegre/RS, se a mãe tem menos de 20 anos, o risco de o lactente ser aleitado exclusivamente por um curto período de tempo é maior[20].

Esses achados são discordantes daqueles apresentados por outros autores. Em três estudos realizados no Brasil, nas cidades de Ribeirão Preto/SP e Montes Claros/MG, e em um efetivado nos Estados Unidos, as taxas de AM por ocasião da liberação para o domicílio foram respectivamente 100,0%, 92,5 %, 96,8% e 91,1%[21-24]. Nossos resultados coincidiram com o descrito acima, pois 99,7% das adolescentes estavam amamentando seus filhos ao momento da alta hospitalar, sendo que 99,2% de seus RN recebiam exclusivamente leite materno. Provavelmente, neste grupo, as jovens puérperas desenvolveram uma atitude positiva no que diz respeito ao AM, por estarem em um ambiente de Hospital Amigo da Criança, propício para exercitarem a prática da amamentação, e por terem sido expostas a informações consistentes sobre a sua importância. Sabe-se que as decisões dos jovens a respeito da amamentação refletem o que é a norma cultural no país, mas há descrição de que programas específicos para o treinamento de adolescentes em amamentação geram conhecimento e mudança de atitudes a respeito desta prática, podendo determinar um aumento nas taxas de AM no futuro[25].

Adolescentes grávidas apresentam-se mais tardiamente ao pré-natal[1]. No Maranhão, é significativamente maior a frequência de pacientes adultas iniciando o pré-natal até o quarto mês (87,9% x 79,5%) e de adolescentes que comparecem a nenhuma ou no máximo três consultas (21,4% x 12,8%)[16]. Em Rio Grande/RS, também há diferença estatisticamente significativa, com vantagem das mulheres mais velhas, no que diz respeito à busca por atendimento pré-natal no primeiro trimestre (77% x 58%) e à realização de seis ou mais consultas (75% x 61%)[26]. Do mesmo modo, nos Estados Unidos, na Macedônia, no estado de Santa Catarina, é descrito que as gestantes, cujo o acompanhamento antenatal é inadequado, são principalmente as mais jovens[5,11,15].

Não obstante seja reconhecido que mulheres que engravidam durante a adolescência tenham menor acesso aos serviços de cuidados pré-natal, foi observado que 97,9% das pacientes, aqui estudadas, frequentaram o serviço de saúde, com 52,4% delas tendo oito ou mais consultas de pré-natal. Uma alta proporção de adolescentes participando de consultas antenatais também foi encontrada no Peru e em três cidades brasileiras (Pelotas/RS, Florianópolis/SC e João Pessoa/PB), respectivamente 93,5% e 98,0%[27,28].

Relata-se que mães com menos idade têm maior chance de ter o parto antecipado[1]. Quando comparadas parturientes italianas adultas e adolescentes, as primeiras têm risco expressivamente menor de parto prematuro (2,7% x 21,7%; $p$<0,000)[17]. Na Turquia, a proporção de nascimentos pré-termo é significativamente maior entre mães jovens (28,4% x 14,7%; $p$<0,001)[13]. Entre mulheres maranhenses, ter idade inferior a 18 anos é fator de risco para o parto ocorrer antes das 37 semanas de gestação[29].

Quando comparadas a mulheres de 20 anos de idade ou mais, as adolescentes têm maior chance de parir um filho com peso menor que 2.500 gramas[5,12]. Muitos são os fatores para o baixo peso ao nascer, mas a sua ocorrência está fortemente determinada pela prematuridade[16], e esses recém-nascidos podem apresentar condições médicas associadas que aumentam o risco de admissão para cuidados intensivos neonatais e de morte[8].

Percebemos na nossa pesquisa que, em concordância com as descrições da literatura, existiu associação entre a mãe ter acompanhamento pré-natal inadequado e dar à luz a neonato pré-termo, com peso inferior a 2.500g, que necessitou de internação na unidade neonatal e que evoluiu a óbito. Entretanto, o desenho do estudo não nos permitiu afirmar se ter menos de oito consultas de pré-natal foi causa associada ou simples consequência do parto ter acontecido prematuramente.

É possível que, no grupo de adolescentes aqui estudado, o menor número de consultas de pré-natal tenha sido decorrente do término antecipado da gestação, e a própria prematuridade, nestes casos, tenha determinado o baixo peso ao nascer e o óbito neonatal.

De maneira geral, os resultados encontrados nesse estudo foram bastante animadores, refletindo o bom padrão de qualidade de vida no município de Joinville, e valorizando os investimentos e esforços desenvolvidos regularmente, com a integração da Secretaria de Saúde com a Secretaria de Educação no desenvolvimento de programas de atenção à saúde nas escolas, bem como a padronização da assistência ao pré-natal, com atenção integral à gestante adolescente e sua família. A observação de que um ótimo atendimento pré-natal, um manejo adequado do parto e apoio à gestante adolescente levando à redução de resultados maternos e neonatais adversos já tem sido relatada na literatura[11].

## REFERÊNCIAS


1. Marino JL, Lewis LN, Bateson D, Hickey M, Skinner SR. Teenage mothers. Aust Fam Physician. 2016;45(10):712-7.
2. Save the Children. Stolen childhoods: end of childhoood report [Internet]. Fairfiled: Save the Children; 2017; [acesso em 2019 Jun 19]. Disponível em: https://resourcecentre.savethechildren.net/library/stolen-childhoods--end-childhood-report-2017
3. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Adolescência. Prevenção da gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: SBP; 2019.
4. Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2015/2016: Uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
5. Souza ML, Lynn FA, Johnston L, Tavares ECT, Brüggemann OM, Botelho LJ. Taxa de fertilidade e desfecho perinatal em gravidez na adolescência: estudo retrospectivo populacional. Rev Latino-Am Enfermagem. 2017;25:e2876.
6. SmithBatlle L, Freed P. Teen mothers' mental health. MCN Am J Matern Child Nurs. 2016 Jan/Fev;41(1):31-6.
7. Kane S, Miedema E, Dieleman M, Broerse J. You have a child who will call you "mama": understanding adolescent pregnancy in South Sudan. Glob Health Action. 2019;12:1553282.
8. Kang G, Lim JY, Kale AS, Lee LY. Adverse effects of young maternal age on neonatal outcomes. Singapore Med J. 2015 Mar;56(3):157-63.
9. Maternal and Child Survival Program (MCSP). Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva [Internet]. Washington: MSCP/USAID; 2018; [acesso em 2019 Jun 19]. Disponível em: https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/07/ANCOverviewBrieferA4PG.pdf
10. Prefeitura de Joinville (BR). Secretaria Municipal de Saúde. Joinville: Relatório anual de gestão 2018 [Internet]. Joinville: Prefeitura Municipal de Joinville; 2019; [acesso em 2019 Jun 19]. Disponível em: https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/Relat%C3%B3rio-de-Gest%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-do-Munic%C3%ADpio-de-Joinville-2018.pdf
11. Rexhepi M, Besimi F, Rufati N, Alili A, Bajrami S, Ismaili H. Hospital-based study of maternal, perinatal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy compared to adult women pregnancy. Maced J Med Sci. 2019;7(5):760-6.
12. Karatasli V, Kanmaz AG, Inan AH, Budak A, Emrah B. Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2019 Mai;48(5):347-50.
13. Edirne T, Can M, Kolusari A, Yildizhan R, Adali E, Akdag B. Trends, characteristics, and outcomes of adolescent pregnancy in eastern Turkey. Int J Gynaecol Obstet. 2010;110(2):105-8.
14. Sámano R, Martínez-Rojano H, Chico-Barba G, Sánchez-Jiménez B, Illescas--Zarate D, Rodrígues-Ventura LA. Characteristics of the family support network of pregnant adolescents and its association with gestational weight gain and birth weight of newborns. Int J Environ Res Public Health. 2019 Abr;16(7):1222.
15. Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. Am J Obstet Gynecol. 2010 Ago;203(2):122.e1-6.
16. Santos GH, Martins MG, Souza MS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008 Mai;30(5):224-31.
17. Derme M, Leoncini E, Vetrano G, Carlomagno L, Aleandri V. Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnant women: a retrospective study. Epidemiol Biostat Public Health. 2013 Set;10(4):86412-8.
18. Monteiro JC, Dias FA, Stefanello J, Reis MC, Nakano AM, Gomes-Sponholz FA. Breast feeding among Brazilian adolescents: practice and needs. Midwifery. 2014 Mar;30(3):359-63.
19. Maranhão TA, Gomes KRO, Nunes LB, Moura LNB. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. Cad Saúde Colet. 2015;23(2):132-9.
20. Santo LC, Oliveira LD, Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. Birth. 2007;34(3):212-9.
21. Camarotti CM, Nakano AMS, Pereira CR, Medeiros CP, Monteiro JCS. Perfil da prática da amamentação em grupo de mães adolescentes. Acta Paul Enferm. 2011;24(1):55-60.
22. Guimarães CMS, Conde RG, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCS. Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. Acta Paul Enferm. 2017 Jan;30(1):109-15.
23. Frota AL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não--adolescentes, Montes Claros, MG. Rev Saúde Pública. 2004;38(1):85-92.
24. Cota-Robles S, Pedersen L, LeCroy WC. Challenges to breastfeeding initiation and duration for teen mothers. MCN Am J Matern Child Nurs. 2017 Mai/Jun;42(3):173-8.
25. Pérez MC, Díaz-Gómez NM, Manzano AMR, Gómes JMD, Péres VR, Sosa AJ. Effectiveness of an intervention to improve breastfeeding knowledge and attitudes among adolescents. Rev Esp Salud Pública. 2018 Jun;92(1):1-12.
26. Juraci AC, Mendoza-Sassi RA, Gonzalez-Chica DA, Mano PS, Goulart-Filha SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2011;27(5):985-94.
27. Ryan JA, Casapía M, Aguilar E, Silva E, Joseph SA, Gyorkos TW. Comparison of prenatal care coverage in early adolescents, late adolescents, and adult pregnant women in the Peruvian Amazon. Int J Gynaecol Obstet. 2009 Nov;107(2):162-5.
28. Fernandes RFM, Meincke SMK, Thumé E, Soares MC, Collet N, Carraro TE. Características do pré-natal de adolescentes em capitais das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Texto Contexto Enferm. 2015 Jan/Mar;24(1):80-6.
29. Aragão VMF, Silva AAM, Aragão LF, Barbieri MA, Bettiol H, Coimbra LC, et al. Risk factors for preterm births in São Luís, Maranhão, Brazil. Cad Saúde Pública. 2004 Jan/Fev;20(1):57-63.