

PANORAMA DA GESTAÇÃO DE MÃES ADOLESCENTES NAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, SINASC 2013.

Cristielli Rosa e Silva¹, Luiz Fernando Vieira Costa¹, Jéssica Rocha Martins¹, Giovana Guimarães¹, Ismar Paulo Dos Santos¹, Leandra Nascimento Da Silva Oliveira¹, Valdiclei Ramos do Nascimento¹, Laís Cardoso Caires¹, Rubens José Loureiro¹, Italla Maria Pinheiro Bezerra¹, Priscilla Rocha Araujo Nader¹.

1 Espaço de Escrita Científica da Enfermagem. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Gravidez na Adolescência é um problema de saúde pública que desvela a necessidade de implementação de políticas públicas visando a sua prevenção e uma assistência de qualidade para o público envolvido nessa problemática. **OBJETIVO:** Descrever as características sociodemográficas e obstétricas das mães adolescentes nas regiões de saúde do Espírito Santo, no ano de 2013, e identificar a condição de nascimento dos recém-nascidos. **METODOLOGIA:** Estudo transversal documental retrospectivo com uma abordagem quantitativa, com amostra de 9771 declarações de nascidos vivos, tendo como fonte o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) do DATASUS. Foi realizada análise descritiva por meio de tabelas de frequência absoluta e relativa. **RESULTADOS:** Maioria das mães possui idade entre 15 a 19 anos, solteiras, tem ensino fundamental completo e declaram-se dona de casa. Grande parte das adolescentes relataram ter feito sete ou mais consultas pré-natais, teve gravidez única e parto cesárea. Referente às características do recém-nascido (RN), houve prevalência de nascimentos a termo, com peso e APGAR satisfatórios. No que se refere à cor dos RNs, notou-se grande subnotificação, o que dificultou a avaliação da informação. **CONCLUSÃO:** O perfil das gestações de mães adolescentes é muito parecido nas regiões de saúde do estado e condizente com o perfil relatado na literatura brasileira, revelando assim a necessidade de intensificar a promoção de ações de educação em saúde que visem autocuidado, planejamento de vida, incluindo o planejamento familiar, para o público pré-adolescente e adolescente.

Palavras-chave: Gravidez. Adolescência. Planejamento Familiar.

INTRODUÇÃO

O presente estudo foi idealizado a partir da disciplina Saúde da mulher e nasceu efetivamente após constatado a grande demanda de adolescentes gestantes no atendimento em unidade de saúde dentro das comunidades atendidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Conhecer os aspectos da gravidez na adolescência, suas causas, frequência, evolução e, principalmente, a possibilidade de mudança desse cenário tornou-se um grande desafio e incitou a vontade de desenvolver este trabalho.

Na rotina profissional de uma determinada Maternidade da Grande Vitória, constatou-se que muitas gestantes atendidas eram adolescentes, com um perfil socioeconômico desfavorecido. A maioria das gestantes era primípara, com baixa escolaridade, de cor preta, geralmente, com a família desestruturada. O resultado desse contexto evidencia uma gestação e um pós-parto com complicações sociais e físicas para essas adolescentes e seus neonatos.

Gravidez na adolescência é um tema que vem sendo alvo de estudos e sendo contemplado nas diretrizes das políticas de saúde brasileiras. No ano de 1989 o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) foi implantado no Brasil, beneficiando o grupo etário da faixa de 10 aos 19 anos, trazendo como enfoque à atenção à sexualidade e a saúde reprodutiva desses adolescentes. Naquele período os dados referentes à gravidez não planejada na adolescência mostraram índices alarmantes com taxas de 30% a 50% de mulheres que tiveram um parto antes dos vinte anos e que declararam a gravidez planejada, reafirmando a necessidade de oferecer atendimento e acompanhamento integral a esse grupo, antes mesmo do início da vida sexual (BRASIL, 1996 a).

Monteiro et al. (1997), cita em sua pesquisa “a violência intra-familiar” que a gravidez na adolescência vem ocupando um lugar significativo no contexto da saúde pública e vem despertando o interesse de acadêmicos, profissionais e gestores de saúde no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

No Brasil o assunto gravidez na adolescência vem crescendo, a estimativa é de que 20% a 25% do total das gestantes são adolescentes, ou seja, a cada cinco mulheres grávidas, uma é adolescente (MANFRÉ, QUEIRÓZ, MATTHES, 2010).

O Ministério da Saúde por meio do SINASC identificou no ano de 2011, que um em cada quatro partos realizados em instituições públicas de saúde foi relacionado à gestação em adolescente, evidenciando a importância de incentivar políticas públicas voltadas para a proteção e promoção do direito à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes (ORGANIZAÇÃO NACIONAL UNIDAS DO BRASIL, 2015).

A média de nascidos vivos, no Brasil, entre adolescentes de 10 a 14 anos é de 0,95%, e de 18,29% para adolescentes de 15 a 19 anos (SINASC, 2011). Importante citar que a gravidez em adolescentes tende a fortalecer o ciclo de pobreza e das desigualdades sociais em países em desenvolvimento (INSTITUTO DA INFÂNCIA, 2015).

Através do conhecimento da realidade é que se pode fazer planejamentos para mudanças da atual condição das adolescentes, propiciando melhores condições sociais,

resultando em uma melhor qualidade de vida, contribuindo para a melhora da qualidade de vida da população em geral.

Diante do exposto, levando em consideração que cada região de saúde possui suas características culturais, sociais e econômicas próprias, que interferem na saúde, hábitos e qualidade de vida da população, o objetivo desse estudo é descrever as características sociodemográficas e obstétricas das mães adolescentes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal documental com uma abordagem quantitativa. Os dados foram coletados pelos próprios pesquisadores no mês de abril de 2016. Como fonte de dados foi utilizado o banco de dados do SINASC, acessando o website da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, www.saude.es.gov.br (BRASIL, 2006).

Os dados da pesquisa são provenientes das regiões de saúde do estado do Espírito Santo, sendo elas: Região Metropolitana que abrange os Municípios de Afonso Claudio, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingo Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Maria de Jetibá, Santa Tereza, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória; Região Central que abrange os Municípios de Águia Branca, Alto do Rio Novo, Aracruz, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canãa e Sooretama; Região Norte que abrange os Municípios de Água doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus, Vila Pavão; Região Sul que abrange os Municípios de Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atílio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta.

AMOSTRA

Foram analisados dados relativos a 9.771 Declarações de Nascidos Vivos das mães adolescentes (idade entre 10 a 19 anos) cadastradas no SINASC no ES, no ano de 2013.

VARIÁVEIS

Variáveis sociodemográficas da mãe: estado civil (solteira, casada, viúva, separada judicialmente, união consensual); grau de instrução (sem escolaridade, 3ª série do Ensino Fundamental, 4ª a 7ª série, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio completo); ocupação (estudante, dona de casa, atividade remunerada, ignorado, não informado).

Variáveis obstétricas: consultas de pré-natal (nenhuma, de 1 a 3 consultas, de 4 a 6 consultas, 7 ou mais consultas); tipo de gravidez (única, dupla e 3 ou mais); tipo de parto (vaginal e cesáreo).

Variáveis do recém-nascido: duração da gestação em semanas (a termo, pré-termo e pós-termo); sexo (masculino e feminino); índice de Apgar (1' a 5': 0 a 3, 4 a 7 e 8 a 10 min.); cor (branca, preta e parda); peso ao nascer (menor que 500g, entre 500 e 999g, entre 1000g e 1499g, entre 1500 e 2499g, entre 2500 e 2999g, entre 3000g e 3999g, e 4000g ou mais); malformação e/ou anomalia cromossômica (sim ou não).

TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Foi realizada uma análise descritiva dos dados através de tabelas de frequência absoluta e relativa.

ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, pois os dados foram retirados do SINASC que é de domínio público. É importante esclarecer ainda que apenas foram divulgadas informações relevantes ao desenvolvimento da pesquisa.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram analisados dados relativos a 9.771 Declarações de Nascidos Vivos das mães adolescentes (idade entre 10 a 19 anos) cadastradas no SINASC no ES, no ano de 2013.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das mães adolescentes de nascidos vivos, segundo região de saúde do ES, 2013.

	Metropolitana		Central		Sul		Norte		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Idade										
10 a 14 anos	236	4,5%	83	5,1%	62	4,0%	82	6,2%	463	19,80%
15 a 19 anos	5.062	95,5%	1.538	94,9%	1.474	96,0%	1.234	93,8%	9.308	380,20%
Total	5298	100%	1.621	100%	1.536	100%	1.316	100%	9.771	100%
Estado Civil	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Solteira, viúva, separada judicialmente)	4.186	79,0%	726	44,8%	702	45,7%	523	39,7%	6.137	209,20%
Casada e união consensual)	1.059	20,0%	870	53,7%	794	51,7%	778	59,1%	3.501	184,50%
Não Informado/Ignorado	53	1,0%	25	1,5%	39	2,5%	16	1,2%	133	6,20%
Total	5.298	100%	1.621	100%	1.535	100%	1317	100%	9.771	100%
Grau de Instrução	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%

Sem escolaridade	1	0,0%	6	0,4%	3	0,2%	0	0,0%	10	0,60%
3ª Série do Ensino Fundamental	78	1,5%	58	3,6%	24	1,6%	33	2,5%	193	9,20%
De 4 a 7 série Ens. Fundamental completo	2.033	38,4%	587	36,2%	522	34,0%	460	35,0%	3.602	143,60%
Ens. Médio Completo	3.016	56,9%	818	50,5%	934	60,8%	747	56,8%	5.515	225%
Ignorada	57	1,1%	20	1,2%	16	1,0%	47	3,6%	140	6,90%
	113	2,1%	132	8,1%	37	2,4%	29	2,2%	311	14,80%
Total	5.298	100%	1.621	100%	1.536	100%	1.316	100%	9.771	100%
Ocupação	(n)	%								
Estudante	1170	22,1%	210	13,0%	293	19,1%	214	16,3%	1.887	70,50%
Dona de Casa	3250	61,3%	1219	75,1%	959	62,4%	918	69,8%	6.346	268,60%
Atividade Remunerada	593	11,2%	176	10,8%	183	11,9%	147	11,2%	1.099	45,10%
Ignorado / Não Informado	285	5,4%	16	1,0%	101	6,6%	37	2,8%	439	15,80%
Total	5298	100%	1621	100%	1536	100%	1316	100%	9771	100%

Fonte: SINASC 2016.

A Tabela 1 mostra a distribuição de mães adolescentes segundo a faixa etária. Observamos que referente à faixa etária de 10 a 14 anos, em todas as regiões de saúde, a variação percentual entre as adolescentes gestantes fica em torno de 4 a 6 %, sendo: 4% (n=62) na Região Sul, 4,5% (n=236) na Região Metropolitana, 5,1% (n=83) na Região Central e 6,2% (n=82) na Região Norte.

Na faixa etária de 15 a 19 anos a variação percentual foi muito parecida entre as Regiões de Saúde, sendo 93,8% (n=1.234) da amostra de adolescentes grávidas da Região Norte, 94,9% (n=1538) da Região Central, 95,5% (n=5.062) da Região Metropolitana e 96% (n=1234) da Região Sul.

Pelos dados da faixa etária, identificamos que a maior parte das adolescentes gestantes está na faixa etária de 15 a 19 anos, entretanto, ainda observamos um grande número de meninas que engravida entre 10 e 14 anos, totalizando 463 adolescentes grávidas, em 2013, no Estado do Espírito Santo.

Garioli (2014) apud Heilborn et. al. (2002), levanta esta discussão e diz que a gravidez nesta fase, de 10 a 14 anos, não é assunto novo, define como um problema social e que deve chamar atenção dos poderes públicos e da sociedade civil, salientando a importância de “sociologizar” este fenômeno, identificando a “Emergência da Gravidez” na adolescência.

Notamos, na Tabela 1, que na variável estado civil há um predomínio de mulheres que se declaram solteiras, viúvas ou separadas judicialmente na Região Metropolitana, sendo 79,0% (n=4.186) da amostra. Em contrapartida, nas outras regiões de saúde do estado a maior parte das mulheres se declara casada ou em união consensual, sendo 53,7% (n=870) na região central, 51,7% (n=794) na região sul e 59,1% (n=778) na região norte.

Conforme Nunes (2012), a gravidez na adolescência antigamente era focada em disciplinar e adestrar a sexualidade feminina desde cedo para a vida doméstica, sendo a maternidade e o casamento um privilégio e dever, pois nada mais se esperava das mulheres. Na modernidade, porém, transcorre uma mudança de parâmetros em que a maternidade na adolescência é tratada como precoce e indesejada, sendo considerada, inclusive, um problema de saúde pública. Segundo esse novo padrão social, ser mãe se torna um projeto opcional e cada vez mais adiado, priorizando-se a realização profissional. Entendemos que no contexto atual, a gravidez não torna imperativo o matrimônio, fazendo com que muitos adolescentes optem por não se casarem mesmo estando “grávidos”, pelo fato de não estarem preparados para tal.

Segundo Athaide e Kruehl (2013), no que diz respeito à paternidade precoce se vê pouco interesse científico pelo tema no Brasil, mesmo assim, estudos mostram que não existe uma política de assistência aos pais adolescentes, nem lhes é suprida uma educação voltada para a paternidade, seja na escola ou na família. Esses jovens, muitas vezes, não têm estrutura financeira e emocional para assumir a responsabilidade, porém, mesmo assim acabam demonstrando o desejo de assumi-la. O apoio da família é fundamental para o jovem pai, que muitas vezes depende dela para manter seus compromissos. Nota-se que a presença deste adolescente pai junto à mãe ao longo da gestação e inclusive no parto traz benefícios para ambos e para o bebê, além de contribuir para a maturidade do pai na transição para a vida adulta.

Observamos que apesar da paternidade na adolescência ser um acontecimento não programado na maior parte das vezes, pode acontecer diferentes ganhos nas vidas desses adolescentes decorrentes da gravidez e da paternidade. A responsabilidade é apontada pelos jovens como um fator positivo em suas vidas, a paternidade precoce pode trazer o comprometimento dos pais adolescentes com um projeto de vida. Não existe uma regra que diz que nenhum adolescente irá querer a responsabilidade de assumir um compromisso matrimonial. Apesar do medo e da pressão vivida pelo pai adolescente, muitos assumem toda situação mudando completamente todo o contexto de sua vida e conseqüentemente alterando a lógica de que o pai adolescente não assume uma gestação não planejada (PAULINO; PATIAS; DIAS, 2013).

O fato de nas outras regiões de saúde do estado a maior parte das adolescentes se declarar casada ou em união consensual pode ser explicado, pois nas comunidades interioranas pode prevalecer antigos valores, hora ausentes na sociedade metropolitanas. Naquelas comunidades ainda pode persistir o que disse Nunes, (2012 apud Bassanezi, 1997) quando comenta o fato de que antigamente a maternidade era bem-vinda ainda que na adolescência, não constituindo um transtorno, desde que na presença do matrimônio.

Na Tabela 1, em relação ao grau de instrução das adolescentes podemos constatar que a maioria da amostra concluiu o ensino fundamental (1º grau) até o momento da gravidez, sendo 56,9 % (n=3.016) na região metropolitana, 50,5 % (n=818) na região central, 60,8% (n=934) na região sul e 56,8% (n=747) na região norte. Vale ressaltar que uma pequena parcela da amostra concluiu o ensino médio. Onde observamos 1,1% (n=57) Região Metropolitana, 1,2% (n=20) Região Central 1,0% (n=16) Região Sul e 3,6% (n=47) Região Norte.

Sabemos que muitas dessas adolescentes terão dificuldade de continuar os estudos. Carvalho e Matsumoto (2008) defendem que a evasão escolar não atinge somente a mãe adolescente que muitas vezes terá que cuidar dos serviços domésticos e do bebê e sim também o pai adolescente que ao assumir a paternidade deixa o estudo para trabalhar e manter a nova família. Principalmente adolescentes cuja renda familiar se classifica entre as mais pobres têm poucas chances de completar o ensino médio após o nascimento de um filho (CARVALHO e MATSUMOTO, 2008 apud CABRAL, 2003).

Outro fator da evasão escolar é o constrangimento devido ao julgamento dos professores, colegas e pais de colegas, podendo determinar a saída da escola antes do nascimento do filho, por vergonha da situação da gravidez (CARVALHO e MATSUMOTO, 2008 apud OLIVEIRA 1998). Acontecem de algumas adolescentes mães continuarem estudando e manterem os estudos até a faculdade, mas para isso é necessário um bom suporte social, o que não é realidade de todas. O impacto da evasão escolar é uma frustração para os adolescentes, tanto para a menina quanto para o menino, pois começam a perceber claramente que com a chegada do filho seus projetos de vida foram cancelados e a situação faz com que o adolescente, agora pai e mãe, passe a refletir na sua relação com o bebê e na adaptação a essa nova fase, o que pode desencadear problemas no desempenho afetivo da paternidade e da maternidade (CARVALHO e MATSUMOTO, 2008 apud DESSER, 1993).

Ainda na Tabela 1, notamos que na variável ocupação, a maior parte das adolescentes se declarou como dona de casa, sendo 3250 (61,3%) na região metropolitana, 1219 (75,2%) na região central, 959 (62,4%) na região sul e 918 (69,8%) na região norte. Pequena porcentagem da amostra se declarou estudantes, sendo em ordem decrescente 1170 (22,1%) adolescentes na região metropolitana, 293 (19,1%) na região sul, 214 (16,3%) na região norte e 210 (13,0%) na região central.

Dados esses que reforçam que grande parte dessas adolescentes está fora da escola e que se auto referência como do lar.

Pequeno número de adolescentes declarou atividade remunerada, observamos 11,2% (n=593) da amostra na região metropolitana, 10,9% (n=176) na região central, 11,9% (n=183) na região sul e 11,2% (n=147) na região norte.

Muitos pais de adolescentes ajudam decisivamente para o abandono escolar na intenção de esconder a gravidez, considerada vergonhosa. Ao nascimento do filho o abandono da escola é a solução que às adolescentes encontram para cuidar do seu bebê. Também existe uma necessidade de retribuir a família o abrigo próprio e de seu filho com trabalho doméstico. As que optam por trabalhar fora para ganhar o próprio sustento encontram obstáculos como a dificuldade em encontrar vaga em creches gratuitas, precisando do apoio da família para cuidar do bebê durante o trabalho, tornando ainda mais delicada e difícil sua relação com o filho e com sua nova realidade de vida (OLIVEIRA, 1998).

Com o abandono dos estudos e sem qualificação profissional é fato que os adolescentes não conseguirão boas oportunidades de empregos, portanto, menos chances de competir em um mercado de trabalho cada vez mais competitivo e seletivo e com menos ofertas e oportunidades (OLIVEIRA, 1998), muitas vezes conseguem trabalho somente em situação informal, em atividades de menor retorno financeiro, sem registro em carteiras, sem direitos

trabalhistas garantidos e realizando tarefas na sua própria residência ou na rua e em jornadas cansativas e exaustivas de trabalho (OLIVEIRA, 1998 apud BRUSCHINI, 1996).

Tabela 2 - Perfil da gestação dos nascidos vivos de mães adolescentes, no ES no ano de 2013

	Metropolitana		Central		Sul		Norte		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Consultas de Pré-natal										
Nenhuma	130	2,5%	9	0,6%	15	1,0%	37	2,8%	191	6.9%
De 1 a 3 consultas	527	9,9%	113	7,0%	171	11,1%	109	8,3%	920	36.30%
De 4 a 6 consultas	2.028	38,3%	577	35,5%	655	42,5%	452	34,3%	3.712	150.60%
7 ou mais consultas	2.547	48,1%	898	55,5%	650	42,3%	707	53,7%	4.802	199.60%
Ignorado	66	1,2%	24	1,5%	46	3,0%	12	0,9%	146	13.47%
Total	5.298	100%	1.619	100%	1.537	100%	1.317	100%	9.771	100%
Tipo de Gravidez										
Única	5.205	98,2%	1.601	98,8%	1.516	98,7%	1.304	99,1%	9.626	394.80%
Dupla	88	1,7%	20	1,23%	16	1,04%	2	0,152%	126	4.12%
3 e mais	0	0,0%	0	0,0%	3	0,20%	0	0,00%	3	0.20%
Não Informado	5	0,09%	0	0,0%	1	0,04%	10	0,750%	16	0.88%
Total	5.298	100%	1.621	100%	1.536	100%	1.316	100%	9.771	100%
Tipo de parto										
Vaginal	2.537	47,9%	820	50,6%	518	33,7%	615	46,7%	4.490	178.90%
Cesáreo	2.752	51,9%	800	49,4%	1.015	66,1%	688	52,3%	5.255	219.70%
Ignorado	9	0,17%	1	0,24%	3	0,2%	13	0,99%	26	1.60%
Total	5.298	100%	1.621	100%	1.536	100%	1.316	100%	9.771	100%

Fonte: SINASC (2016)

Na Tabela 2 observamos que na variável consultas de pré-natal a maioria das adolescentes declarou ter feito 7 ou mais consultas, sendo 2.547 (48,1%) na região metropolitana, 898 (55,5%) na região central, 707 (53,7%) na região norte e 650 (42,3%) na região sul.

O início precoce do pré-natal é essencial para uma boa assistência, o número ideal de consultas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), seria igual ou superior a 6 (seis) consultas. O acompanhamento pré-natal tem a finalidade de assegurar o desenvolvimento da gravidez, garantindo um parto seguro para mulher e um nascimento em condições mais seguras para o recém nascido, assim sem colocar em risco a vida da mãe e da criança, garantindo condições psicossociais e preventivas para uma boa gestação e um bom parto. O início do pré natal no primeiro trimestre de gravidez é de grande importância para prevenção

de doenças da gravidez e maior qualidade no cuidado com a mulher durante a gestação (VIEIRA NETA et al, 2014).

Na assistência pré-natal o profissional de saúde, seja ele médico ou enfermeiro, que acompanha a gestante adolescente deve ser cauteloso e avaliar todo contexto que envolve uma mulher agora grávida, utilizando como ferramenta a oportunidade de orientação para prevenir possíveis complicações da gestação atual. É muito importante também trabalhar na prevenção de uma segunda gravidez não planejada, o que é comum, principalmente, quando a primeira gestação se dá em idade muito precoce (BRASIL, 2013).

No estudo de Viellas et. al. (2014) as adolescentes gestante, em especial as mais jovens (menores de 15 anos), apresentaram início mais tardio da assistência pré natal e menor número de consultas, demonstrando a importância de planejar estratégias voltadas para esse grupo.

Na Tabela 2, identificamos que na variável tipo de gravidez, em todas as regiões predominou a gravidez única, sendo: 5.205 (98,2%) na região metropolitana, 1.601 (98,8%) na região central, 1.516 (98,7%) na região sul e 1.304 (99,1%) na região norte.

Notamos na variável tipo de parto (Tabela 2) que houve um predomínio do parto cesário, sendo 2.752 (51,9%) na região metropolitana, 800 (49,4%) na região central, 1.015 (66,1%) na região sul e 688 (52,3%) na região norte. A frequência de cesarianas entre adolescentes preocupa quando se considera que mulheres que iniciam precocemente o ciclo reprodutivo tendem a ter mais filhos que as demais e que o excesso de cesarianas expõem mulheres e bebês a riscos (LEAL, 2014).

Durante o pré natal a gestante tem o direito de ser informada a respeito dos tipos de partos existentes e também ter consciência que o melhor tipo de parto é aquele mais adequado às condições de sua gestação e o que atende melhor ao seu bebê e às possíveis complicações apresentadas durante a gravidez (UNICEF, 2011).

O parto normal ou vaginal em comparação a cesariana tem maior vantagem, o que o torna a melhor opção da mulher para dar à luz, por ser natural, com uma recuperação mais rápida e com custo menor. Podemos ressaltar também que o parto normal é importante para ajudar a completar a maturidade da criança, pois ao passar pela região pélvica da mãe, o bebê tem seu tórax comprimido, o que ajuda a expelir a água depositada em seus pulmões, auxiliando a respiração e reduzindo o risco de complicações respiratórias (BRASIL, 2012).

Considerando que a mortalidade materna e infantil é elevada no país, foi percebido a necessidade de criação de uma política que garantisse a proteção à saúde da criança e da mulher, sendo assim instituída a Rede Cegonha (portaria nº 1.459 em 24 de junho de 2011) no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por propósito oferecer uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar, gravidez humanizada, ao parto e ao puerpério seguros, garantindo o direito da criança ao nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis de 0 a 24 anos. A Rede Cegonha tem como princípios o respeito, a proteção e a execução dos direitos humanos, garantia à diversidade cultural e racial, promoção da equidade, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dos jovens, adolescentes, mulheres e homens (BRASIL, 2011).

Hoje no Brasil, 84% dos partos, pela rede de saúde suplementar, são cesárias. Na rede pública este número cai para 40%. Porém, continua alto, uma vez que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 15% (Brasil, 2016).

Tabela 3 – Condições de nascimento dos nascidos vivos de mães adolescentes no ES em 2013

Características	Metropolitana		Central		Sul		Norte		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Duração da Gestação										
Pré-Termo	495	9,3%	206	12,71%	223	14,52%	144	10,94%	1.068	47.47%
À termo	4.600	86,8%	1.257	77,54%	1.235	80,40%	960	72,95%	8.052	317.69%
Pós Termo	135	2,55%	89	5,49%	49	3,19%	47	3,57%	320	14.8%
Ignorado	68	1,28%	69	4,26%	29	1,96%	165	12,54%	331	20.04%
Total	5.298	100%	1.621	100%	1.536	100%	1.316	100%	9.771	100%
Sexo	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Masculino	2.727	51,47%	847	52,25%	810	52,73%	706	53,65%	5.090	210.1%
Feminino	2.570	48,51%	774	47,75%	726	47,27%	610	46,35%	4.680	189.88%
Ignorado	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0.02%
Total	5.298	100%	1.621	100%	1.536	100%	1.316	100%	9.771	100%
Cor	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Branca	0	0,0%	0	0,0%	3	0,20%	8	0,61%	11	0.81%
Preta	0	0,0%	0	0,0%	0	0,00%	5	0,38%	5	0.38%
Parda	1	0,0%	0	0,0%	2	0,13%	20	1,52%	23	1.65%
Ignorado	5297	100,0%	1621	100,0%	1531	99,67%	1283	97,49%	9.732	397.16%
Total	5.298	100%	1.621	100%	1.536	100%	1.316	100%	9.771	400%
Peso ao nascer	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Menos de 500g	3	0,06%	1	0,06%	2	0,13%	2	0,2%	8	0.45%
500 a 999g	27	0,51%	7	0,43%	11	0,72%	6	0,5%	51	2.16%
1000 a 1499g	40	0,76%	15	0,93%	12	0,78%	8	0,6%	75	3.07%
1500 a 2499g	403	7,61%	128	7,90%	130	8,35%	79	6,0%	740	29.86%
2500 a 2999g	1.312	24,76%	412	25,42%	417	27,15%	332	25,2%	2.473	102.53%
3000 a 3999g	3.312	62,51%	1.011	62,37%	907	59,05%	842	64,0%	6.072	247.93%
4000 e mais	201	3,79%	47	2,90%	57	3,71%	47	3,6%	352	14%
Total	5.298	100%	1.621	100%	1.536	100%	1.316	100%	9.771	100
Apgar 1º Minuto	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
0 a 3	77	1,5%	12	0,74%	15	0,98%	10	0,76%	114	3.98%
4 a 7	622	11,7%	158	9,75%	190	12,37%	157	11,91%	1.127	45.73%
8 a 10	4.562	86,1%	1.451	89,51%	1.326	86,33%	1.057	80,20%	8.396	342.14%
Não Informado	35	0,6%	0	0,00%	5	0,33%	94	7,13%	134	8.06%
Total	5.296	100%	1.621	100%	1.536	100%	1.318	100%	9.771	100%
Apgar 5º Minuto	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
0 a 3	38	0,72%	6	0,37%	2	0,13%	5	0,38%	51	1.60%

4 a 7	109	2,06%	30	1,85%	30	1,95%	27	2,05%	196	7.91%
8 a 10	5.114	96,56%	1.585	97,60%	1.499	97,59%	1.192	90,65%	9.390	382.40%
Não Informado	35	0,66%	3	0,18%	5	0,33%	91	6,11%	134	8.28%
Total	5.296	100%	1.624	100%	1.536	100%	1.315	100%	9.771	100%
Anomalia	(n)	%								
Sim	30	0,57%	6	0,37%	7	0,46%	3	0,23%	46	1.63%
Não	5.213	98,43%	1.604	98,89%	1.499	97,53%	1.302	98,94%	9.618	393.79%
Ignorado	53	1,00%	12	0,74%	31	2,02%	11	0,84%	107	4.60%
Total	5.296	100%	1.622	100%	1.537	100%	1.316	100%	9.771	100%
Fonte: Espírito Santo (2016)										

Na Tabela 3, em relação à duração da gestação temos índices de prematuridade dos RNs em ordem percentual decrescente: 14,52% (n=223) na região sul, 12,71% (n=206) na região central, 10,94% (n=144) na região norte e 9,3% (n=495) na região metropolitana.

No que se refere à duração da gravidez e a existência de riscos na gravidez podemos citar fatores maternos, como: adolescência, cardiopatias, problemas renais, diabetes, infecção urinária, gestações múltiplas, útero mal formado, anemia, incompetência ístmo cervical, placenta prévia, descolamento de placenta e outros. A gestação na adolescente é risco unânime relacionada a partos prematuros, pela condição física, biológica e por fatores psicossociais que podem ser reduzidos pela assistência pré natal de qualidade. Quando o parto é antecipado o bebê é classificado como prematuro, pois seus sistemas (renal, gastrointestinal, pulmonar, imunológico e neurológico) podem ainda não estar formados e desenvolvidos para funcionar fora do útero (LIMA e TOCCI, 2001).

Ainda segundo Lima e Tocci (2001), as adolescentes têm apresentado uma maior incidência de RN prematuros em relação às adultas. O bebê prematuro ainda não está pronto para nascer, isso implica em vários fatores que fazem da chegada desse prematuro uma maior responsabilidade de toda equipe de saúde e família, que deverão ter como prioridade o bem estar do bebe. O parto prematuro é classificado como aquele que acontece antes das 37 semanas de gestação.

Na Tabela 3 em relação à cor das mulheres notamos que houve grande subnotificação, inviabilizando a análise da variável.

O recorte de cor é muito importante para discutir riscos relacionados a fatores sócio-demográficos. No estudo de Macedo, Góis e Melo, (2012 apud Knupp, Melo e Oliveira, 2008) foi observado que mulheres brancas têm maiores chances de realizar cesariana quando comparadas às de pele negra. Ainda segundo o mesmo estudo, também foi verificado um predomínio da taxa de cesariana na cor branca (55,1%). No parto vaginal, as maiores taxas foram observadas entre mulheres negras (66,4%). Comportamento semelhante foi observado entre mulheres pardas.

Cunha (2016), representante do Fundo de População das Nações Unidas em um debate promovido pela procuradoria das mulheres no Senado defende que é preciso ter muita atenção

no que diz respeito à gravidez na adolescência e os problemas socioeconômicos, indicando a faixa etária estudada como a de maior vulnerabilidade, sobretudo as mulheres negras e as de baixa escolaridade.

Na Tabela 3, em relação ao peso de nascimento dos recém-nascidos notamos que um grande percentual de RN apresentou peso adequado ao nascimento, de 2500 a 3999g, sendo na região metropolitana 87,27% (n=4.624), na região central 87,79% (n=1.423), na região sul 86,2% (n=1.324) e na região norte 89,02% (n=1.174).

O manual da Sociedade Brasileira de Pediatria classifica a relação de peso x prematuridade como; PIG (Pequeno para a idade gestacional), AIG (Adequado para a idade gestacional) e GIG (Grande para idade gestacional), refere ainda que, RN (Recém-nascido) (< 1000g) é classificado como extremo baixo peso, (1000 a 1499g) muito baixo peso, (1500 a 2499g) baixo peso, (> 4000g como macrossomia), Peso ideal do Recém Nascido está entre (3.000 a 4.000g), e Pré termo são os nascidos vivos antes de 37 semanas, a termo são considerados os recém nascidos vivos entre 37 e 41 semanas e 6 dias e pós termo como os nascidos vivos com 42 ou mais (BRASIL, 2014b).

As chances de sobrevivência do prematuro são a partir de 20 semanas ou 500 gramas de acordo com Lima e Tocci, (2001 apud GALLETA, 1997) e com a tecnologia cada vez mais avançada, com UTIs neonatais bem preparadas, com equipamentos de ponta, excelentes profissionais, tem se viabilizado melhores condições para garantir a sobrevivência desses recém-nascidos.

Segundo Manfré, Queiróz e Matthes (2010) a maior incidência de pré-eclâmpsia e diversas complicações da gestação na adolescência resultam em baixo peso ao nascer, muitas vezes devido à prematuridade. O peso desse prematuro implicará em sua recuperação, pois influenciará vários fatores determinantes para seu bem estar.

Macedo, Góis e Melo, (2012 apud Nascimento, Gotlieb 2001) apud Macedo, Goes, Melo (2009) relatam que o baixo peso ao nascer é associado ao parto cesariano pelo fato da necessidade de interromper o parto de maneira segura para mãe e filho. Isso é relacionado à existência das complicações da gestação na adolescência, sendo uma melhor opção devido aos riscos que pode representar para a saúde do neonato e da mãe, o que é afirmado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Na Tabela 3, em relação ao apgar no 1º minuto, observamos resultado de 4 a 7 pontos, como descrito a seguir: na região metropolitana 11,7% (n=622), na região central 9,75% (n=158), na região sul 12,37%(n=190) e na região norte 11,91% (n=157).

Ainda na Tabela 3, resultado do apgar 5º minuto de 4 a 7 foi de 2,06% (n=109) na região metropolitana, 1,85% (n=30) na região central, 1,95% (n=30) na região sul e 2,05% (n=27) na região.

A anestesiolegista Virginia Apgar, entre 1953 e 1958, criou uma avaliação clínica do recém-nascido, aplicada com 1 minuto de vida e novamente com 5 minutos, de grande importância na avaliação da necessidade da ressuscitação do RN, levando assim seu nome, APGAR. Essa escala avalia; Frequência Cardíaca, Respiração, Tônus Muscular, Coloração e

Irritabilidade Reflexa, sendo uma avaliação mais rápida no momento do nascimento para pediatra que, muitas vezes, tem limitações referentes a outros tipos de exames. O baixo resultado do Apgar é de grande serventia para identificar se naquele momento a criança necessita de cuidados especiais, mesmo na falta de resultados de exames laboratoriais (OLIVEIRA, 2012).

Existe um padrão consensual entre os pediatras que no resultado de Apgar de 7 a 10, significa que a criança está bem, possivelmente não terá problemas futuros, quando o resultado é menor que 7, significa que há necessidade de especial atenção. Existem diferentes causas de avaliações de resultados baixos de Apgar, resultantes das condições maternas (hipertensão, diabetes gestacional, gravidez na adolescência, uso de drogas ilícitas e etc) e das do recém nascido, como más condições respiratórias, malformações neuromusculares ou cerebrais, alterações fisiopatológicas e prematuridade (OLIVEIRA, 2012).

A escala de Apgar está ligada á mortalidade do bebê nos primeiros 28 dias, o resultado insatisfatório da avaliação de Apgar do 1 ° minuto está relacionado, geralmente, com o PH de cordão umbilical e deduz uma asfixia intraparto, os recém nascidos com apagar de 0-4 tem maiores PaCO₂ e menores níveis de bicabornato do que aqueles com resultados maior que 7. O Apgar insatisfatório do 5 ° minuto está correlacionado com possíveis sequelas neurológicas (OLIVEIRA, 2012).

O resultado de Apgar 1° minuto igual a 10 é difícil acontecer, devido ao fato do recém nascido sempre apresentar algum grau de acrocianose. O Apgar será menor que 7 frequentemente no indicativo de asfixia perinatal, sendo assim podendo ser associado ao sofrimento fetal (OLIVEIRA, 2012).

Na Tabela 3, observamos que o resultado de anomalia congênita na região metropolitana foi de 0,57% (n= 30), na região central de 0,37% (n=6), na região sul de 0,46% (n= 7) e na região norte de 0,23% (n=3).

A anomalia congênita segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) é definida como toda anomalia funcional ou estrutural no crescimento do feto devido a fatores maternos e ambientais, como: socioeconômicos, genéticos, nutricionais, infecciosos e outros. A classificação da anomalia pode ser definida em maiores, que são graves defeitos anatômicos e funcionais que colocam em risco a vida do bebê levando-o até a morte e naquelas de menor gravidade. A prevalência de nascidos vivos com anomalia congênita é de 2% a 5% no Brasil e no mundo, sendo 60% de causa desconhecida, 6% cromossômicas e 20% de herança mendeliana. As anomalias influenciam no indicador de mortalidade infantil em crianças menores de um ano e também resultam em maior demanda para a prestação da assistência em saúde, requerendo apoio tanto para a criança quanto para sua família. Importante ressaltar que os indicadores de saúde da população brasileira têm apresentado melhores resultados devido ao controle de patógenos e pela diminuição de doenças causadas por alimentação deficiente e precariedade nas condições de vida (MENDES et. al., 2015).

No período de janeiro de 2001 a dezembro 2004 foi realizado um estudo com o objetivo traçar o perfil epidemiológico de anomalia congênitas ocorridas em NV (nascidos vivos) e natimortos no município de Vitória-ES, que teve como resultado uma frequência relativa de anomalia de 0,4% entre os NV. O mesmo estudo identificou as anomalias mais comuns,

como: as do tipo osteomuscular (40%), seguidas pelas malformações do sistema nervoso (12%); outros tipos de anomalias ao serem somadas tiveram prevalência de 48% (MACIEL, 2006).

Ao longo dos anos, houve qualificação do preenchimento da Declaração de Nascido Vivo, aumentando assim o número de notificação de anomalia, confirmando a necessidade da valorização do cuidado integral à criança portadora de deficiência, incluindo diagnóstico, tratamento, procedimentos de reabilitação e promoção da qualidade de vida. A melhora da notificação é essencial para identificar a necessidade do planejamento de ações para esse público em específico, visando à prevenção e o tratamento das anomalias por meio de atenção adequada e ampla ao pré-natal (identificação de riscos teratogênicos, como toxoplasmose aguda, rubéola e doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a realização de exames mais complexos e específicos, necessários à identificação precoce de anomalia na gestação) e através da criação de uma rede de referência para esse agravo (RODRIGUES, et. al., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluímos que a maioria das mães possui idade entre 15 a 19 anos 380,20%, (n=9.308), são solteiras 209,20%, (n= 6.137), tem ensino fundamental completo 225%, (n=(5.515) e se declara dona de casa 268,60%, (n=6.346). A Grande maioria das adolescentes declarou ter feito sete ou mais consultas de pré-natal 199,60%, (n=4.802), teve gravidez única 394,80%, (n=9.626) e ter tido parto cesárea 219,70%, (n=5.255). Referente às características do recém-nascido, houve prevalência de nascimentos a termo 317,69%, (n=8.052), evidenciase o sexo masculino 210,1%, (n=5.090), com peso (AIG) adequado para idade gestacional 247,93%, (n=6.072) e Índice de APGAR 8 a 10 no 1' e 5' min consecutivamente 342,14%, (n=8396) e 5' 382,4% (n=9350) satisfatórios. No que se refere à cor dos recém-nascidos, notou-se grande subnotificação, o que dificultou a avaliação da informação.

O perfil das gestações de mães adolescentes é muito parecido nas regiões de saúde do estado, revelando assim a necessidade de intensificar a promoção de ações de educação em saúde que visem o autocuidado, planejamento de vida, incluindo o planejamento familiar, para o público de pré-adolescente e adolescente.

Diante dessa realidade, a figura do enfermeiro é de extrema importância pois tem por base de formação ser educador por excelência, desse modo, deve estar inserido neste contexto, atuando junto às necessidades dos adolescentes, visando a prevenção de possíveis morbidades dessa faixa etária, identificando grupos de risco, detectando precocemente os agravos e garantindo os princípios básicos da universalidade, equidade e integralidade das ações. O PROSAD (Programa de Saúde do Adolescente) traz a proposta para o escolar dando ao enfermeiro total liberdade de promover atividades para este público. Sugerimos que o objeto desta pesquisa seja investigado em outros estudos de maneira cada vez mais aprofundada e que estes resultados sejam publicados, pois assim gestores e profissionais da saúde terão acesso à literatura atualizada que contribuirá para o planejamento e avaliação de ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATHAIDE, A. S. KRUEL, C., S. Os Desafios de Tornar-se Pai na Adolescência. **Revista Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas**, Santa Maria, v. 14, n. 1, p. 95-103. 2013. Disponível em: <[stes.unifra.br/portals/36/chumanas/2013/07%20\(177\).pdf](http://stes.unifra.br/portals/36/chumanas/2013/07%20(177).pdf)>. Acesso em: 18 julho 2016.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012 a .207 p. (Série legislação; n. 83). Disponível em:<http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf>. Acesso em:

CARVALHO, M., B., MATSUMOTO, L., S. Gravidez na adolescência e a evasão escolar. **Escola Estadual Sagrada Família – Siqueira Campos** – Universidade Estadual do Norte do Paraná – Campus Luiz Meneghel. Bandeirantes. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1868-8.pdf>>. Acesso em: 07 julho 2016.

CUNHA, A. Debate demonstra proximidade entre gravidez na adolescência e problemas sociais. **Agência Senado**, Brasília, 30 Mai. 2016. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/05/31/debate-demonstra-proximidade-entre-gravidez-na-adolescencia-e-problemas-sociais>>. Acesso em: 05 de agosto de 2016.

GARIOLI, K.D. **O Significado da Maternidade para Mães de 10 a 14 anos**. 2014.115f. Tese de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/1428/1/O%20significado%20da%20maternidade%20para%20m%C3%A3es%20de%2010%20a%2014%20anos.pdf>> Acesso em: 15 de Junho de 2016.

INSTITUTO DA INFÂNCIA. 2015, Fortaleza. **Relatório Final IFAN Biênio 2013/2014**. Fortaleza, CE: Secretaria Executiva – RNPI, 2015. Disponível em:<<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/25-08-Coloquio-IFAN-VERSAO-14-FINAL.pdf>> Acesso em: 24 de Junho de 2016.

LEAL, Maria do Carmo (coordenadora). **Pesquisa Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Fundação Oswaldo Cruz. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro v. 30, suplemento 2014. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf>. Acesso em: 18 julho de 2016.

LIMA, L., S., A TOCCI, H. Gravidez na adolescência: intercorrências e prematuridade. **Revista de Enfermagem UNISSA**, Santo Amaro, v. 2, n. 1, p. 62-67. 2001. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-13.pdf>>. Acesso em: 13 de agosto de 2016.

MACEDO, A. M. B., GOES, H. F., MELO, W. A. Caracterização e Análise dos Partos Ocorridos no Município de Maringá - PR DE 2000 A 2009. **Anais Eletrônicos**. VI Mostra

Interna de Trabalhos de Iniciação Científica. 23 a 26 de outubro de 2012. Maringá: CESUMAR: Disponível em: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/vi_mostra/ana_maria_bufolo_macedo.pdf>. Acesso em: de 13 agosto 2016.

MACIEL, E. L. et al. Perfil Epidemiológico das Malformações Congênitas no Município de Vitória-ES. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p 507 - 518, 2006. Disponível em:<http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2006_3/artigos/ethel_maciel.pdf> Acesso em: 20 de Junho de 2016.

MANFRÉ, C. C.; QUEIRÓZ, S. G.; MATTHES, Â. C. S. Considerações atuais sobre gravidez na adolescência. **Revista Bras de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v.5. n.17, p.48-54, jan./dez. 2010. Disponível em:<<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/205/155>>. Acessado em: 23 de julho de 2016.

MENDES et al. Prevalência de nascidos vivos com anomalias congênitas no município de São Paulo. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, São Paulo, v.15, n.1, p 7-12 Junho 2015. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15-n1/vol_15_n_2-artigo-de-pesquisa-1.pdf>. Acesso em: 03 de Junho de 2016.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente**. Bases Programáticas. 2a Edição. Brasília; Ministério da Saúde, 1996 a. p. 32 Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf>. Acesso em 12 de Abril de 2016.

NUNES, Silvia Alexim. Esperando o futuro: a maternidade na adolescência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V.22, n.1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100004&lang=pt>. Acesso em: 07 de julho de 2016.

OLIVEIRA, M., W. Gravidez na adolescência: Dimensões do problema. **Cad. Cedes**, Campinas, v.19, n. 45, Julho1998. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010132621998000200004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 de julho de 2016.

OLIVEIRA, T. G. et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein**, v.10, n.1, São Paulo jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/pt_v10n1a06.pdf>. Acesso em: 06 de agosto de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde dos Adolescentes**.2016.Disponível em:<http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/>.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL UNIDAS DO BRASIL. Gravidez na adolescência é tema de oficina com especialistas e adolescentes em Brasília. 2015. Disponível em:<<https://nacoesunidas.org/gravidez-na-adolescencia-e-tema-de-oficina-com-especialistas-e-adolescentes-em-brasilia/>>. Acesso em:15 Maio de 2016.

PAULINO, G., P., A., PATIAS, N., D, DIAS, A., C., G. Paternidade Adolescente: Um Estudo sobre Autopercepções do Fenômeno. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 7, n. 2, p. 230-241, jul/dez. 2013. Disponível em:

<<http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2013/12/v7n2a10.pdf>>. Acesso em: 13 agosto 2016.

Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 Junho 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. São Paulo: Globo, 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf>.