



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

ANNA KAROLINA RODRIGUES DOS SANTOS

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA AMAZÔNIA LEGAL: UMA
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E SOCIOESPACIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Medicina da UFPA, Campus de
Altamira, como requisito parcial para a obtenção de
grau de Bacharelado em Medicina.

Orientador(a): Prof. Msc. Denis Vieira Gomes Ferreira.

ALTAMIRA
2025

ANNA KAROLINA RODRIGUES DOS SANTOS

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA AMAZÔNIA LEGAL: UMA ANÁLISE
EPIDEMIOLÓGICA E SOCIOESPACIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Medicina da UFPA, Campus de
Altamira, como requisito parcial para a obtenção do
título de Médica.

Orientador(a): Prof. Msc. Denis Vieira Gomes Ferreira.

ALTAMIRA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)

S237g Santos, Anna Karolina Rodrigues dos.
Gravidez na adolescência na Amazônia Legal: : uma
análise epidemiológica e socioespacial / Anna Karolina
Rodrigues dos Santos. — 2025.
35 f. : il. color.

Orientador(a): Prof. Me. Denis Vieira Gomes Ferreira
Trabalho de Curso (Graduação) - Universidade Federal
do Pará, Campus Universitário de Altamira, Faculdade de
Medicina, Altamira, 2025.

1. Amazônia Legal . 2. Fatores socioeconômicos. 3.
Gravidez. 4. Adolescência . I. Título.

CDD 614.4

ANNA KAROLINA RODRIGUES DOS SANTOS

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA AMAZÔNIA LEGAL: UMA ANÁLISE
EPIDEMIOLÓGICA E SOCIOESPACIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para obtenção do título de médica pela Universidade Federal do Pará.

Aprovado em: 18/03/2025

Conceito: EXCELENTE

Banca examinadora

Prof. MSc. Denis Vieira Gomes Ferreira / UFPA (Orientador)

Universidade Federal do Pará

Campus de Altamira, Faculdade de Medicina

Prof^a. Amanda Caroline Duarte Ferreira

Universidade Federal do Pará

Campus de Altamira, Faculdade de Medicina

Prof^a Tinara Leila de Souza Aarão

Universidade Federal do Pará

Campus de Altamira, Faculdade de Medicina

RESUMO

Introdução: Conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência abrange a faixa etária dos 10 aos 19 anos, enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estipula essa fase como compreendendo os 12 aos 18 anos. Globalmente, os adolescentes constituem de 20 a 30% da população, sendo estimado que, no Brasil, essa proporção atinge cerca de 25%.

Durante a adolescência, grande parte desse grupo inicia sua vida sexual, o que pode refletir, por exemplo, no aumento das taxas de fecundidade entre os 15 e 19 anos, como evidenciado no contexto brasileiro. A gravidez impõe transformações físicas, psicológicas, então uma gestação nessa fase da vida expõe a mãe-adolescente e o feto a riscos e possíveis complicações nos períodos pré-natal, perinatal e pós-natal.

Objetivo: Investigar a influência de fatores socioeconômicos na ocorrência de gravidez na adolescência na Amazônia Legal. **Método:** Esta pesquisa é observacional, descritiva e analítica, por analisar a incidência e distribuição de nascidos vivos de mães adolescentes nos municípios do estado da Amazônia Legal no decorrer de 3 anos e procurar identificar fatores que corroboram para a ocorrência da gravidez precoce. **Resultados/Discussão:** O estudo mostrou que 20% dos nascimentos foram de mães adolescentes, com maior incidência no Pará, Maranhão e Amazonas. Mostrou-se que 70% tinham entre 8 e 11 anos de estudo e 82,7% eram pardas. A maioria era solteira (64%), e 15% tinham abaixo de 15 anos. A taxa de cesarianas foi de 39,4% e o Apgar indicou que 90% dos neonatos estavam em boas condições no primeiro minuto e 97% no quinto minuto. A Classificação de Robson revelou que 72% das cesarianas foram realizadas em grupos de baixo risco, sugerindo práticas obstétricas inadequadas. **Conclusão:** É de suma importância a implementação de políticas públicas sobre educação sexual e acesso a métodos contraceptivos visando reduzir a gravidez na adolescência e aprimorar os resultados maternos e neonatais na região estudada. Além disso, incentivar ferramentas como a Classificação de Robson nos serviços públicos, promovendo melhorias no acompanhamento pré-natal, pré-parto e parto.

Palavras-chave: Adolescência. Gravidez. Fatores socioeconômicos. Amazônia Legal.

ABSTRACT

Introduction: As defined by the World Health Organization (WHO), adolescence spans the age group of 10 to 19 years, while the Brazilian Child and Adolescent Statute (ECA) sets this phase as ranging from 12 to 18 years. Globally, adolescents constitute 20 to 30% of the population, with estimates suggesting that in Brazil, this proportion reaches about 25%. During adolescence, a significant portion of this group initiates their sexual life, which can reflect, for example, in increased fertility rates among those aged 15 to 19, as evidenced in the Brazilian context. Pregnancy imposes physical and psychological changes, and a pregnancy during this stage of life exposes the adolescent mother and the fetus to risks and potential complications during the prenatal, perinatal, and postnatal periods. **Objective:** To investigate the influence of socioeconomic factors on the occurrence of adolescent pregnancy in the Legal Amazon. **Method:** This research is observational, descriptive, and analytical, as it analyzes the incidence and distribution of live births to adolescent mothers in the municipalities of the Legal Amazon over 3 years and seeks to identify factors contributing to early pregnancy. **Results/Discussion:** The study showed that 20% of births were to adolescent mothers, with the highest incidence in Pará, Maranhão, and Amazonas. It was found that 70% had between 8 and 11 years of schooling, and 82.7% were of mixed race. The majority were single (64%), and 15% were under 15 years old. The cesarean rate was 39.4%, and the Apgar score indicated that 90% of neonates were in good condition at the first minute and 97% at the fifth minute. The Robson Classification revealed that 72% of cesareans were performed in low-risk groups, suggesting inadequate obstetric practices. **Conclusion:** It is crucial to implement public policies on sexual education and access to contraceptive methods to reduce adolescent pregnancy and improve maternal and neonatal outcomes in the studied region. Additionally, promoting tools like the Robson Classification in public services can enhance prenatal, pre-delivery, and delivery care.

Keywords: Adolescence. Pregnancy. Socioeconomic factors. Legal Amazon.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus e a Nossa Senhora de Nazaré, que me guardaram durante essa caminhada, sempre iluminando meus pensamentos.

Dedico este trabalho à minha avó, Raimunda de Sá Rodrigues (*in memoriam*), que, em 2020, após 1 mês da minha aprovação em Medicina, foi para os braços do Pai, mas deixa eterna saudade.

Aos meus pais, Janilson e Andrea, ao meu irmão, Janilson Filho e meu avô João, por acreditarem em mim, me apoiarem e nunca medirem esforços para realizarem meu sonho de ser médica.

Ao meu namorado, Vitor Orlan, por ser meu companheiro diário, me dar forças nos meus momentos de cansaço e compreender minha ausência pelo tempo dedicado aos estudos.

Meus agradecimentos ao Prof. Denis pela orientação deste trabalho e pelas inúmeras oportunidades que me deu dentro da Universidade. Agradeço à banca examinadora por terem aceitado meu convite para avaliarem meu trabalho.

Agradeço às minhas amigas, que me incentivaram a cada momento de estudo durante esses anos da graduação.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que fizeram parte dessa etapa decisiva na minha vida, na realização do meu grande sonho.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
1.1	ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GRAVIDEZ	15
1.2	RISCOS DA GRAVIDEZ PRECOCE	16
1.3	IMPACTOS DA GRAVIDEZ PRECOCE PARA ADOLESCENTES	16
1.4	ACESSO À ASSISTÊNCIA DE SAÚDE POR ADOLESCENTES GRÁVIDAS	17
1.5	INDICAÇÃO INDISCRIMINADA DE PARTOS CESÁRIAS	18
2	OBJETIVOS	19
2.1	GERAL	19
2.2	ESPECÍFICOS	19
3	METODOLOGIA DA PESQUISA	19
3.1	TIPO DE PESQUISA	19
3.2	LOCAL DA PESQUISA	20
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	20
3.4	PROCEDIMENTO DE COLETA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	21
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	21
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5.	CONCLUSÃO	35
	REFERÊNCIAS	37

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a adolescência é a etapa que corresponde dos 10 aos 19 anos e de acordo com o Estatuto da Criança e Adolescência (ECA) corresponde a faixa etária de 12 a 18 anos (GURGEL, 2008). No panorama mundial, os adolescentes representam de 20 a 30% da população, e no Brasil estima-se que essa proporção seja de 23% (BOUZAS et al, 2014).

No período da adolescência, boa parte desse público tem iniciado sua vida sexual e essas práticas podem acarretar impacto importante na vida reprodutiva dos jovens, como, por exemplo, o aumento das taxas de fecundidade na faixa etária dos 15 aos 19 anos de idade, como observado no Brasil (BORGES, 2005). Sabe-se que durante a gravidez a mulher passa por transformações físicas, psicológicas e sociais e, em virtude de várias mudanças, uma gestação nessa fase da vida expõe a mãe-adolescente e o feto há riscos e intercorrências pré, peri e pós-natais (ARAÚJO, 2022).

No cenário global, de acordo com o relatório do Fundo de População das Nações Unidas, de 2019, a taxa de gravidez precoce no mundo é cerca de 44 nascimentos por ano em cada mil adolescentes de 15 a 19 anos (UNFPA, 2019). Há uma relação íntima dos perfis socioeconômicos com os casos de gravidez na adolescência, o que interfere na evasão escolar, na falta de qualificação profissional e abandono de planos de vida, que acentuam a vulnerabilidade social (MACIEL *et al.*, 2021). Nesse sentido, os países subdesenvolvidos apresentam os maiores números de casos de partos de mães adolescentes na escala global (GUTIERREZ, 2021).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é um dos países com as maiores taxas de gravidez na América Latina, embora tenha apresentado diminuição nos últimos anos, ainda são 68,4 nascidos vivos a cada mil meninas de 15 a 19 anos em 2016. (ASSIS *et al.*, 2021).

No cenário da Amazônia Legal, o percentual de nascidos vivos de mães adolescentes na região da Amazônia Legal foi de 20,7% em 2021, superior ao resto do Brasil (DATASUS, 2021). Esses números estão ligados à vários fatores

de riscos, mas destacam-se os aspectos socioeconômicos (SANTOS *et al.*, 2010).

Com isso, apesar do fenômeno atingir e estar crescente em todas as classes sociais, ainda há uma forte relação entre pobreza, baixa escolaridade e a baixa idade para gravidez (SANTOS *et al.*, 2010).

Devido à alta incidência de gravidez na adolescência no Brasil e, principalmente, nos estados da Amazônia Legal, faz-se de extrema importância conhecer a dinâmica das relações socioeconômicas dessa área e sua relação com as taxas de nascidos vivos de mães adolescentes. Em vista disso, entender os desafios socioeconômicos únicos e a influência das peculiaridades geográficas e culturais é imprescindível para identificar a relação da causa da gravidez precoce e as consequências desse fenômeno para a sociedade. Com isso, o presente estudo é crucial para o desenvolvimento de abordagens sensíveis e culturalmente apropriadas.

1.1 Alterações fisiológicas da gravidez

Diversas mudanças surgem no corpo feminino durante a gestação. As mudanças fisiológicas – tanto anatômicas quanto bioquímicas – da gravidez no organismo materno aparecem com a finalidade de adaptação para o novo ser a ser gerado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O organismo da mulher sofre mudanças anatômicas e funcionais durante a gravidez com o objetivo de reorganizar a função de todos os órgãos e sistemas de forma harmônica, a fim proporcionar um novo meio para receber o feto em desenvolvimento (ZUGAIB, 2012).

No sistema cardiovascular, o aumento do volume sanguíneo é o resultado de uma elevação no volume plasmático de até 50% e, em menor proporção, da hiperplasia celular, volume de eritrócitos de até 20% (ARTAL, 1999).

A função respiratória é expressivamente afetada durante a gravidez. O crescimento do útero gera uma elevação na posição de repouso do diafragma e uma mudança na configuração do tórax, que se amplia no diâmetro ântero-posterior. O ângulo subcostal aumenta e, conseqüentemente, a circunferência torácica também. Além disso, os músculos abdominais vão sendo submetidos

a um extremo alongamento. Durante o primeiro trimestre gestacional ocorre o aumento do volume minuto decorrente do aumento do volume corrente. Essa hiperventilação pode, portanto, explicar o número de queixas subjetivas de dispneia durante a gestação (LEMOS, 2011).

1.2 Riscos da gravidez precoce

A gravidez precoce pode apresentar fatores de risco para mãe e para o bebê, entre eles, o duplo anabolismo, que consiste na competição biológica entre mãe e o feto pelos mesmos nutrientes. O risco consiste principalmente em meninas menores de 16 anos ou quando a ocorrência da primeira menstruação foi há menos de dois anos (HUTRIN, 2021).

Quanto as repercussões negativas da gravidez precoce para a adolescente, as consequências são identificadas como problemas no crescimento e desenvolvimento como um todo emocionais, comportamentais e educacionais, além de complicações no parto. Porém as consequências também atingem o recém-nascido, sendo um fator de risco para o parto prematuro, baixo peso ao nascer, baixos apgars, entre outras complicações (SILVA *et al.*, 2011).

Como consequências biológicas relacionadas à gravidez precoce, a mãe poderá apresentar anemia, principalmente se possuir baixa renda, fato ligado diretamente à má alimentação e a maior incidência de verminoses, menor ganho de peso, hipertensão arterial, doenças sexualmente transmissíveis, maior risco de desenvolver doenças e morte durante o parto e puerpério, abortos e partos prematuros (MINAS GERAIS, 2007).

Quanto à questão psicológica, a gravidez na adolescência está associada a risco aumentado de ideação suicida durante a gestação e pós-parto, paralelamente a uma grande incidência de depressão e percepção negativa da rede de apoio social (VASQUEZ; PIÑEROS, 1997).

1.3 Impactos da gravidez precoce para adolescentes

Entre os desafios decorrentes, possivelmente pelos sentimentos de autossuficiência na adolescência está a gravidez, muitas vezes inesperada, que

pode interferir em suas vidas de maneira adversa, inclusive na trajetória acadêmica (MOREIRA *et al.*, 2010).

No que diz respeito aos impactos financeiros dessas mães adolescentes, abordando os efeitos da gravidez na adolescência sobre o mercado de trabalho com base em uma análise descritiva, o Ipea (1998) constatou que há uma relação negativa entre a taxa de fecundidade e o nível de renda das mulheres entre 15 e 19 anos, destacando que, entre aquelas que recebem até um salário mínimo (SM), encontra-se o maior contingente de adolescentes que foram mães. (CRUZ *et al.*, 2022).

A situação descrita acaba por impactar no âmbito familiar, pois a eventual situação de desemprego ou emprego de baixa remuneração vivida pela jovem – que pode ter sido agravada em decorrência de uma gestação precoce – resultará em despesas para sua família, uma vez que a adolescente se encontra despreparada financeiramente, por ser dependente parcial ou integralmente (PINHEIRO, 2019).

Devido a isso, a Lei Federal n. 6.202/75 dá à gestante a possibilidade de continuar seus estudos em regime domiciliar após o oitavo mês e no período da licença maternidade. A medida é essencial para que gestantes adolescentes possam seguir sua trajetória escolar (UNFPA, 2023).

1.4 Acesso à assistência de saúde por adolescentes grávidas

No contexto brasileiro, a gestação durante a adolescência é considerada pelo governo como uma questão de saúde pública. Isso está associado à prática precoce de atividades sexuais e à falta de informação, mas também à inadequada atenção à saúde dos adolescentes e à prestação de cuidados pré-natais. (FERNANDES *et al.*, 2018).

O acompanhamento pré-natal é essencial para garantir os direitos reprodutivos e a saúde, sendo que as consultas nesse período desempenham um papel fundamental na realização de exames, na identificação de gravidezes de risco ou com possibilidade de complicações para a gestante ou o feto durante a gravidez ou no parto, pois situações que possam requerer tratamentos, acesso

a medicamentos ou outras medidas relevantes podem surgir, eventualmente demandando atenção obstétrica especializada para o parto (UNFPA, 2023).

Para isso, ao adotar uma abordagem acolhedora, os profissionais de saúde possibilitam que a adolescente grávida expresse suas necessidades no seu próprio ritmo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

1.5 Indicação indiscriminada de partos cesárias

Ao longo da história, a assistência ao trabalho de parto e ao parto nas sociedades ocidentais sofreu transformações significativas. Originalmente, esse processo era um evento predominantemente doméstico, conduzido pelas próprias gestantes e por parteiras. No entanto, com o avanço da modernidade, houve uma transição gradual, marcada pela incorporação do médico como figura central e pela transferência do parto para o ambiente hospitalar (MARCOS, 2017).

Nesse viés, nota-se que a via de nascimento cesariana se mostrou mais segura para partos com indicações obstétricas absolutas e isso contribuiu para a redução da mortalidade materna e neonatal, porém a taxa de cesariana sem reais indicações ainda é muito elevada (MASCARENHO, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a taxa deste procedimento não ultrapasse os 15% e, desde 1985, a taxa de cesariana considerada ideal é entre 10 e 15% (WHO, 2015). No Brasil a cesárea chegou a tornar-se a via principal de nascimento no país chegando a 55% dos partos realizados e em maternidades privadas o número chega a uma porcentagem alarmante de 84,6%. Na rede pública, a taxa de cesárea é de 40%, um valor consideravelmente menor, mas ainda elevado, que gera uma preocupação (BRASIL, 2016).

Assim, destaca-se a relevância de analisar a proporção de cesáreas no país e, com isso, OMS recomendou a classificação de Robson como instrumento de monitoramento e redução das cesáreas (OMS, 2015). Dessa forma, a discussão da preferência da mulher a respeito da via do parto e os fatores, que influenciam esta preferência, é de suma importância nesse contexto (DINIZ, 2001).

Para esse fim, os hospitais devem implementar a Classificação de Robson para todas as gestantes admitidas para parto, mantendo sua estrutura original. Sempre que possível, os relatórios com os resultados dessa classificação devem ser divulgados publicamente, permitindo a avaliação da qualidade da assistência, das práticas clínicas e dos desfechos por grupo. Além disso, é essencial conscientizar os profissionais sobre a relevância desses dados e sua utilização (WHO, 2017).

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Investigar as características clínicas e fatores socioeconômicos relacionados a gravidez na adolescência na Amazônia Legal.

2.2 Específicos

- Descrever a incidência da gravidez na adolescência do período de 2020 a 2022 na Amazônia Legal

- Identificar fatores socioeconômicos que interferem na ocorrência de gravidez na adolescência.

- Descrever as características clínicas e identificar fatores de risco para ocorrência de gravidez na adolescência nos estados pertencentes à Amazônia Legal

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 Tipo de pesquisa

Esta investigação é de natureza observacional e descritiva, pois examina a ocorrência e a dispersão de gestações em adolescentes nos municípios da Amazônia Legal ao longo de um período de três anos, sendo 2020 a 2022, pós-covid. Em contextos pós-pandêmicos, é crucial considerar a compreensão, os

significados atribuídos à doença, o acesso à prevenção, cuidados e tratamento, além das particularidades na abordagem desse grupo

O objetivo é identificar possíveis fatores agravantes e/ou predisponentes para tais ocorrências, estabelecendo conexões com os indicadores socioeconômicos específicos de cada município. Trata-se de um estudo retrospectivo ecológico observacional que analisa a distribuição temporal e espacial da gravidez na adolescência nos estados da Amazônia Legal, cujo objetivo foi calcular a incidência de gravidez na adolescência nos estados da Amazônia Legal. O foco recai sobre o desenvolvimento regional e os impactos na saúde das jovens de 10 a 19 anos.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa será feita com dados de todos os 772 municípios pertencentes aos sete estados que compõem a Amazônia Legal, sendo eles Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia e Roraima, possuindo uma área de 5.015.146,008 km² com cerca de 20,3 milhões de pessoas.

3.3 População e amostra do estudo

O estudo será desenvolvido na população de meninas entre 10 e 19 anos que tenham engravidado no período do estudo com notificação para Sistema de Informação em Saúde (SIS) do Sistema Único de Saúde com filhos nascidos vivos ou não dentre o período de 2020 a 2022 residentes nos municípios dos estados da Amazônia Legal.

A população estudada compreendeu todos os nascidos vivos registrados nos estados da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins). As variáveis analisadas foram nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) e número de partos realizados por mães na faixa etária de 10 a 19 anos em número total de partos registrados no mesmo período.

Para calcular a incidência de gravidez na adolescência, utilizou-se a seguinte fórmula: $\text{Incidência} = \frac{\text{número de nascidos vivos de mães adolescentes}}{\text{total de nascidos vivos}} \times 1000$.

A incidência foi expressa em casos por 1.000 nascidos vivos, conforme metodologia amplamente utilizada em estudos epidemiológicos para facilitar a comparação entre regiões e populações de diferentes tamanhos. Os dados foram organizados em uma tabela, permitindo a comparação das taxas de incidência entre os estados da Amazônia Legal. A análise focou-se em identificar os estados com as maiores e menores taxas, bem como em discutir possíveis fatores associados às disparidades observadas.

Por se tratar de um estudo baseado em dados secundários de domínio público e sem identificação dos indivíduos, não foi necessária a submissão do projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3.4 Procedimento de coleta e instrumento de coleta de dados

O estudo utilizará dados de notificação de pré-natal, nascidos vivos e natimorto de cada município dos estados da Amazônia Legal mediante o sistema em saúde do SUS, através de sistema TabNet, relacionando com a idade da mãe, mediante o Sistema de estatísticas vitais, disponibilizados pelo Sistema de Informação de Notificação de Agravos a Saúde – SINAN.

3.5 Análise dos dados

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal e retrospectivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS-TABNET), nos anos de 2020 a 2022.

Para a seleção dos dados, os critérios de inclusão foram: casos registrados de mulheres adolescentes que residentes nos municípios pertencentes à Amazônia Legal, no período de 2020 a 2022, e que foram notificados na base de dados do DATASUS-TABNET, tópico estatísticas vitais –

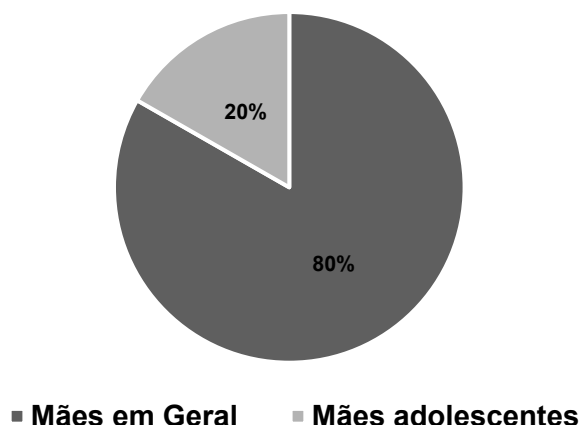
Nascidos Vivos. A partir desses critérios, para fins de filtro, foram selecionadas as seguintes variáveis: idade da mãe (10 até 19 anos), estado civil da mãe, instrução da mãe, cor/raça da mãe, quantidade de filhos vivos, quantidade de filhos mortos, tipo de gravidez, via de parto, apgar 1º minuto, apgar 5º minuto, duração da gestação e classificação de Robinson. A amostra populacional do estudo foi composta por todos os casos notificados de mulheres adolescentes parturientes nos municípios de residência da Amazônia Legal, nos anos de 2020 a 2022.

Os dados selecionados foram tabulados em uma planilha do programa Microsoft Excel Versão 2501 e foram relacionados a indicadores clínicos, sociais e delimitações territoriais de cada Estado, obtidos junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com dados do período de 2020 a 2022 dos nove Estados pertencentes à Amazônia Legal, considerando todos os 772 municípios. Nesse período houve 1.330.508 nascidos vivos de mulheres residentes dos estados da Amazônia Legal, sendo então 20% (267.338) de mães adolescentes, conforme **Figura 1**.

Figura 1 - Gráfico representando a porcentagem de mães adolescentes pertencentes aos Estados da Amazônia Legal, no período de 2020 a 2022.

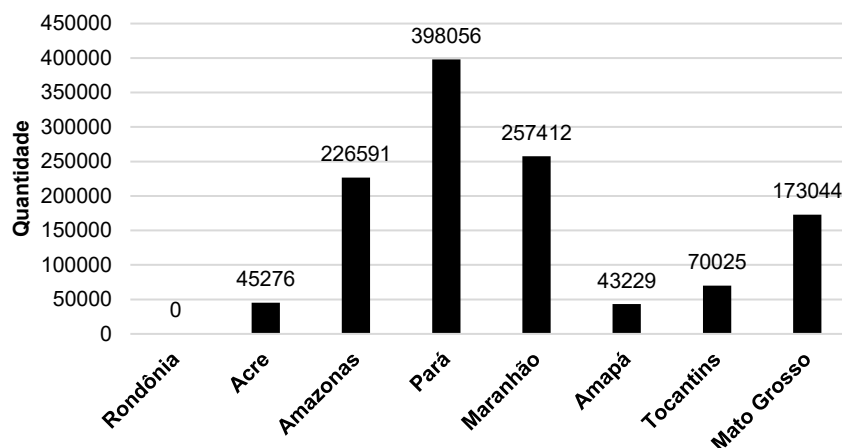


Fonte: o autor, adaptado de SINASC/TABWIN

A gravidez na adolescência evidencia um problema de saúde pública tanto no Brasil como em outros países. Sua importância transcende a prática assistencial e para compreender os possíveis fatores etiológicos ligados ao incremento das gestações nessa faixa etária, é necessário perceber a multicausalidade desses fatores que tornam essas mães adolescentes mais vulneráveis a essa situação (BELO; SILVA, 2004). Além disso, a adolescência é uma fase da vida situada entre a infância e a idade adulta e as características conflituosas que envolvem esse período incluem transformações físicas, psicológicas e sociais que podem afetar os adolescentes de várias maneiras e em diferentes intensidades, tornando-os suscetíveis a uma gama de riscos à saúde. Somando-se à vulnerabilidade advinda da impulsividade, do pensamento mágico, da imaturidade emocional e da influência do grupo, questões sociais e econômicas são identificadas como fatores fundamentais de desigualdade na problemática da gravidez na adolescência, que é um problema de âmbito nacional (GUANABENS *et al* 2012).

A **Figura 2** mostra a quantidade de mães adolescentes entre os anos de 2020 e 2022 em cada estado pertencente à Amazônia Legal, demonstrando que os estados com maior quantidade de gravidez na adolescência foram o Pará (85.247), Maranhão (54.082), Amazonas (50.498), Mato Grosso (26.063), Tocantins (12.441), Rondônia (11.610), Acre (10.313), Amapá (8.681) e Roraima (8.403).

Figura 2 – Quantidade de mães adolescentes por Estado da Amazônia Legal entre 2020 a 2022.



Fonte: o autor, adaptado de SINASC/TABWIN

Ao analisar a incidência de gravidez na adolescência foi realizado um cálculo para os Estados da Amazônia Legal com base nos dados de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) e no total de nascidos vivos, conforme disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Os resultados obtidos para cada estado são apresentados na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Incidência por 1.000 nascidos vivos

Estado	Nascidos vivos de mães adolescentes (10-19 anos)	Total de nascidos vivos	Incidência (por 1.000 nascidos vivos)
Rondônia	11.610	40.737	285
Acre	10.313	45.276	228
Amazonas	50.498	226.591	223
Pará	85.247	398.056	214

Maranhão	54.082	257.412	210
Amapá	8.681	43.229	201
Tocantins	12.441	70.025	178
Mato Grosso	26.063	173.044	151
Roraima	8.403	76.138	110

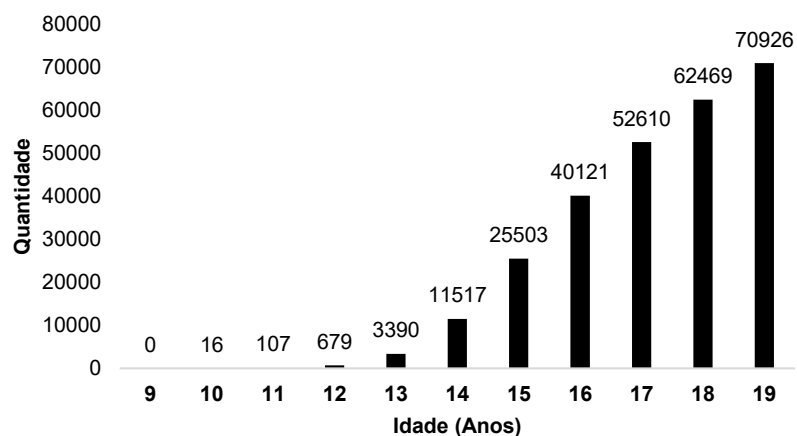
Fonte: o autor, adaptado de SINASC/TABWIN

A alta incidência de nascidos vivos de mães adolescentes encontra-se em Rondônia, com incidência de 285 a cada 1000 nascidos vivos, esse dado reflete o panorama social da falta de acesso a métodos contraceptivos, da baixa cobertura de programas de educação sexual e das condições socioeconômicas desfavoráveis desse Estado. Por outro lado, a menor incidência é do Estado de Roraima, com 110 nascidos vivos de mães adolescentes a cada 1000 nascidos vivos. Esse cenário pode ser resultado de políticas públicas mais eficazes, maior acesso à educação ou características demográficas específicas. Nesse sentido, nota-se que influência de determinantes sociais, econômicos e culturais na incidência de gravidez na adolescência são fatores críticos na explicação da alta incidência de gravidez na adolescência, ressaltando a necessidade de políticas públicas integradas e eficazes para enfrentar esse desafio complexo (CORDEIRO, 2021).

Nessa etapa da vida o adolescente não só deve enfrentar o mundo dos adultos, desejado e temido, para o qual não está totalmente preparado, como também deve perder a sua condição de criança, cômoda e dependente (ABERASTURY *et al.*, 1981). No entanto, para gerar um filho é necessário que a mulher se encontre saudável, em suas melhores condições físicas e psicológicas, sendo a idade ideal para gestação por volta dos 20 e 29 anos (ZUGAIB, 2012).

Ao analisar os dados de mães adolescentes residentes da Amazônia Legal, mostrou-se que cerca de 15% das mães adolescentes possuem idade igual ou inferior a 15 anos (**Figura 3**).

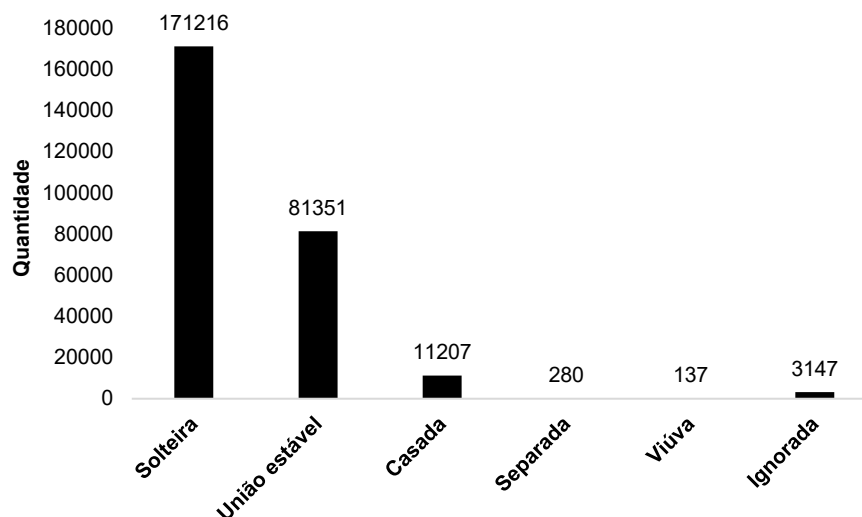
Figura 3 - Gráfico da idade das adolescentes com nascidos vivos no período 2020 a 2021.



Fonte: o autor, adaptado de SINASC/TABWIN

Em geral, quanto mais jovens, maior a tendência em estabelecer relações variadas e de curta duração, o que, por sua vez, aumenta para esses grupos as chances de vivenciarem gestações não planejadas (YAGO, 2014). Na Amazônia Legal, mais da metade (64%), das mães são solteiras, 30% vivem em união estável, 4% são casadas, como mostrado na **Figura 4**. Em relação a esse fator, adolescentes grávidas que são solteiras, por conta de sua juventude, geralmente não possuem um relacionamento afetivo sólido com o parceiro, e, na maioria das vezes, a gestação não foi intencional (NASCIMENTO, 2011).

Figura 4 - Situação conjugal da mãe adolescente

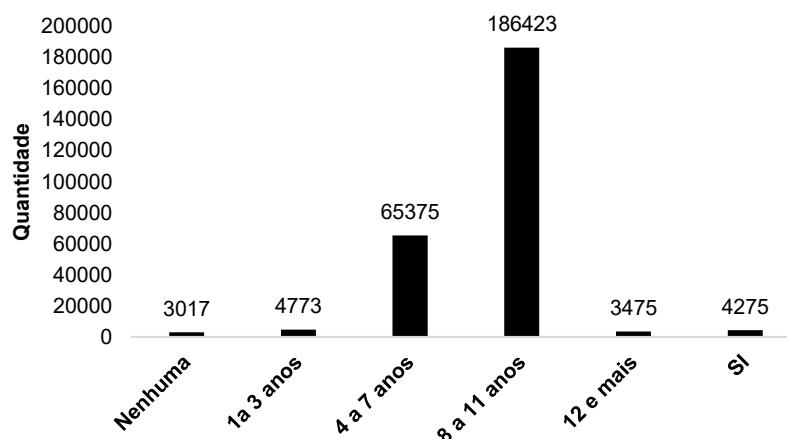


Fonte: o autor, adaptado de SINASC/TABWIN

A gravidez precoce e indesejada se torna um período de grandes transformações, com várias consequências na família, como o desajuste familiar ou impulsionando, a família e a adolescente, a refazerem seus projetos de vida, o que geralmente desencadeia a interrupção escolar (NASCIMENTO, 2011). Essa situação gera conflitos internos e decisões ambivalentes, especialmente em relação à interrupção dos estudos, como mostra a **Figura 5**, em que vinte e sete por cento são adolescentes que estudaram 7 anos ou menos, 70% possuem 8 a 11 anos de estudo, 1% possui 12 anos de estudo e mais. Na idade dos 14 anos deveria se encerrar essa etapa da escolarização, dando início ao ensino médio (BRASIL, 2006).

Essa situação se torna ainda mais complicada na ausência de apoio familiar, além das dificuldades emocionais e sociais que acompanham a gravidez na adolescência (BOCARDI, 1998).

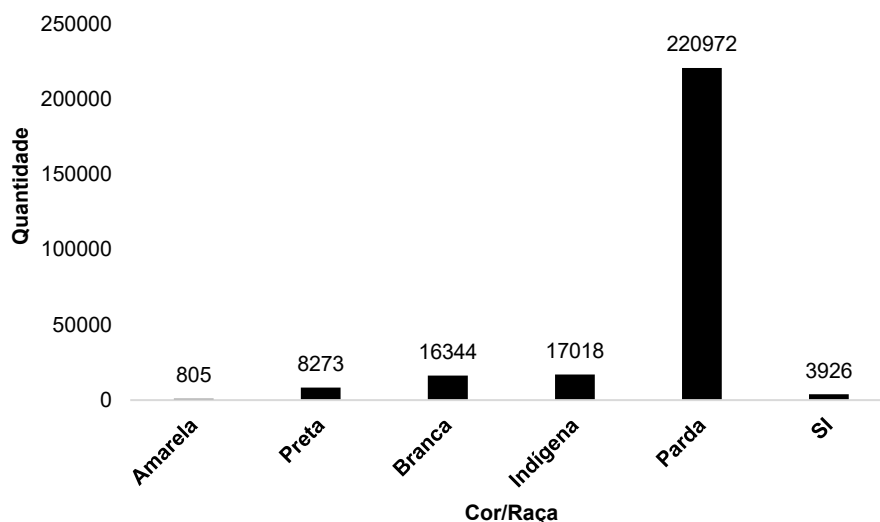
Figura 5 – Escolaridade da mãe adolescente.



Fonte: o autor, adaptado de SINASC/TABWIN

Além disso, observa-se que a maternidade na adolescência não ocorre de forma homogênea. As adolescentes pardas e indígenas estão mais expostas à maternidade (ALMEIDA, 2019). Quanto à raça/cor da mãe adolescente, 82,7% são pardas, 6,4% são indígenas, 6,1% são brancas, 3,1% são pretas, 0,3% amarelas e 1,5% não apresentaram essa informação nas fichas de notificação (**Figura 6**). Esses resultados podem estar associados ao fato de a maioria da população brasileira ser composta por indivíduos de raça parda e negra (IBGE, 2018). Ademais, supõe-se que exista uma influência cultural e histórica, especialmente ligada às origens da colonização, que contribuíram para a formação das características étnicas predominantes no país hoje.

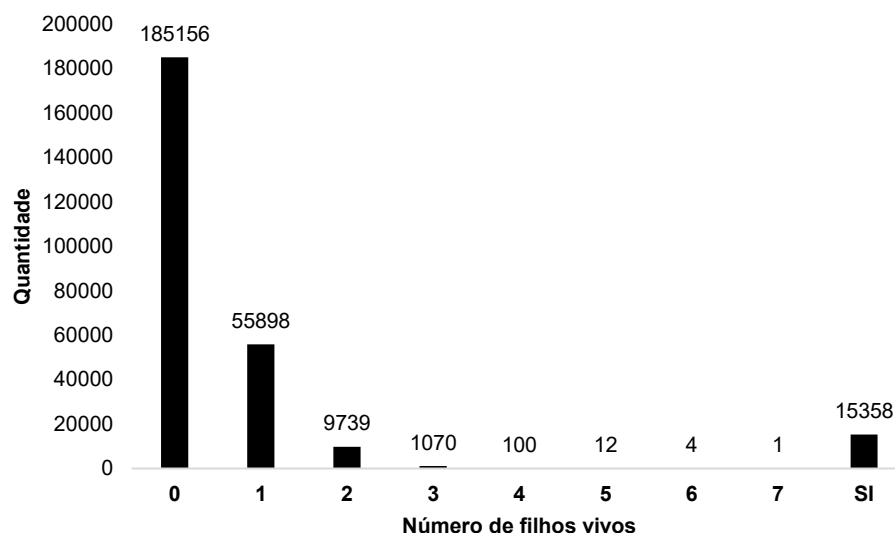
Figura 6 – Raça/cor da mãe adolescente.



Fonte: o autor, adaptado de SINASC/TABWIN

Sessenta e sete (67%) das mães adolescentes são primíparas de nascidos vivos, 21% possuíam um (1) filho antes, 4% possuíam dois (2) filhos ou mais em gravidez anteriores e 6% dos dados estão sem informação (SI) (**Figura 7**). Essa reincidência da gravidez é preocupante e requer atenção, pois estudos evidenciam que uma em cada cinco adolescentes volta a engravidar antes de ficar adulta (ASSIS, *et al.*, 2022). Mais relevante do que a primeira gravidez na adolescência, a repetição dessa condição limita ainda mais o acesso da mãe à educação e reduz suas oportunidades no mercado de trabalho (BOROVAC *et al.*, 2016). Os serviços de saúde, incluindo iniciativas como o Programa Saúde da Família, precisam estar atentos às necessidades específicas das jovens mães, proporcionando espaços de orientação e apoio. No entanto, enfrenta-se ainda o desafio de superar o preconceito e os julgamentos por parte de alguns profissionais do SUS (Sistema Único de Saúde), fatores que podem comprometer a realização adequada do pré-natal (PENNA, 2013).

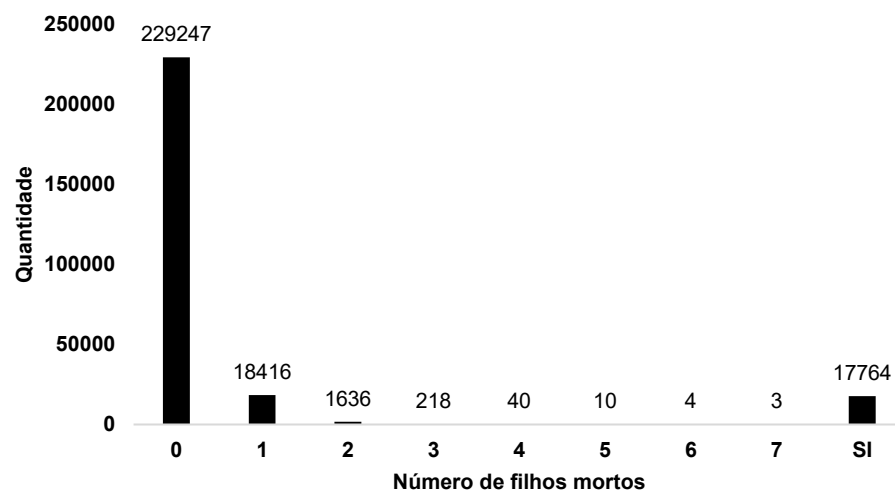
Figura 7 – Quantidade de filhos por mãe adolescente



Fonte: o autor, adaptado de SINASC/TABWIN

Oitenta e seis (86%) das mães adolescentes não possuíam nenhum filho morto anteriormente, 7% possuíam um (1) filho morto, 1% possuía dois (2) filhos ou mais filhos mortos de gravidez anteriores e 7% dos dados estão sem informação (**Figura 8**).

Figura 8 – Quantidade de filhos mortos de mães adolescentes.

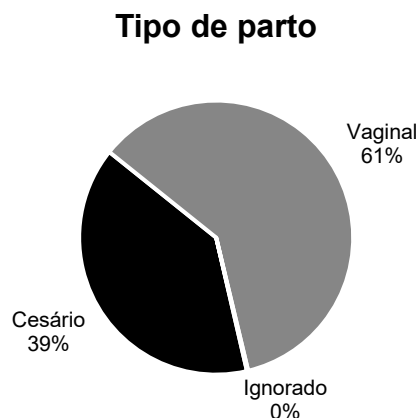


Fonte: o autor, adaptado de SINASC/TABWIN

Quanto ao tipo de parto de mães residentes nos Estados da Amazônia Legal, 39,4% dos partos foram cesáreos e 60,5% foram vaginais (**Figura 9**). É importante destacar que esses valores superaram significativamente as diretrizes

estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, que recomenda uma taxa máxima de 15% de cesarianas para qualquer país (OMS, 2015).

Figura 9 – Tipo de parto.



Fonte: o autor, adaptado de SINASC/TABWIN

Outro fator importante da saúde materna e neonatal é a proporção de partos cesáreos em mães adolescentes. Quando se compara o tipo de parto com a idade da mãe, pode-se observar que a quantidade de partos cesarianos aumenta proporcionalmente com a idade. **(Tabela 2)**. Embora sejam consideradas seguras, as cesarianas envolvem riscos associados ao procedimento cirúrgico, tais como infecções, hemorragias, tromboembolismo venoso, complicações placentárias e ruptura uterina em gestações futuras. Dessa maneira, quando realizadas sem uma indicação clínica justificável, estão associadas ao aumento de complicações maternas e à morbidade perinatal que poderia ser evitada (WHO, 2021).

Tabela 2 - Porcentagem de tipos de parto por idade.

Idade	Tipo de Parto		
	Cesáreo (%)	Vaginal (%)	Ignorado
10	0.003	0.003	0.000
11	0.019	0.021	0.000
12	0.117	0.137	0.000

13	0.495	0.771	0.001
14	1.562	2.739	0.006
15	3.482	6.044	0.013
16	5.598	9.385	0.023
17	9.334	12.115	0.031
18	9.334	14.001	0.032
19	11.221	15.279	0.030
Total	39.364	60.496	0.136

%= porcentagem

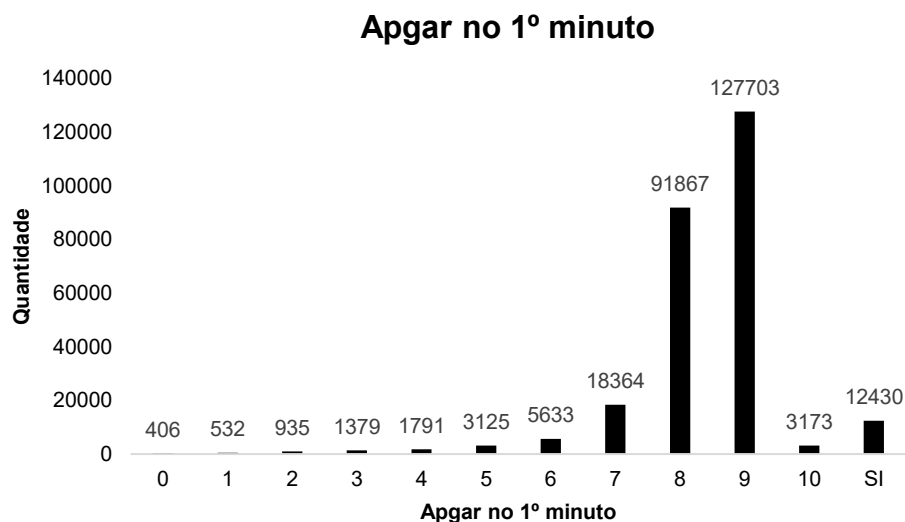
Fonte: o autor, adaptado de SINASC/TABWIN

O Escore de Apgar é um método ágil para avaliar a vitalidade do recém-nascido, aplicado durante os cuidados prestados na sala de parto (MAGALHÃES, 2023). Esse sistema de pontuação varia de 0 a 10, sendo calculado com base na análise de cinco parâmetros: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, respostas reflexas e coloração cutânea (APGAR, 1953).

Um escore de Apgar entre 7 e 10 indica que o recém-nascido está em boas condições de saúde, com menor probabilidade de apresentar complicações futuras. Por outro lado, valores inferiores a 7 sugerem a necessidade de maior atenção e cuidados, podendo indicar possíveis riscos à saúde do neonato.

Quando se avalia o Apgar no primeiro minuto, 90% nasceram clinicamente bem com o Apgar de 7 ou mais (**Figura 11**). Além disso, 11% nasceram com Apgar inferior a 7, o que requer mais atenção da equipe médica com o estado clínico do bebê, a qual manejará de acordo com caso. Os estados mais críticos, com Apgar 0 a 3 representam 1% dos neonatos.

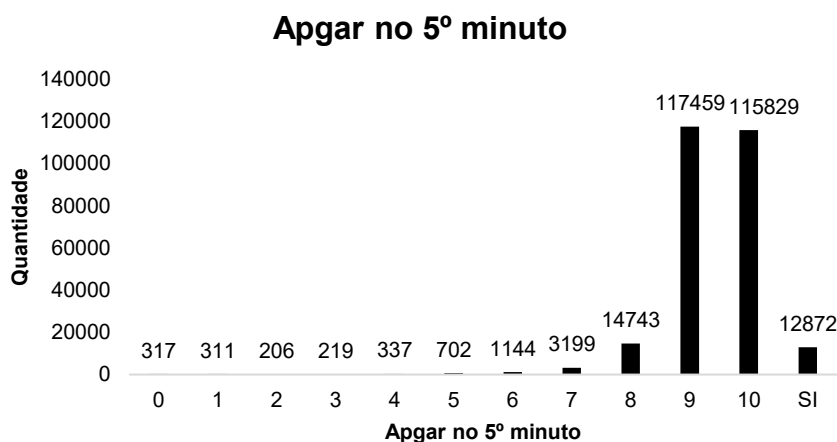
Figura 10 – Apgar no 1º minuto



Fonte: o autor, adaptado de SINASC/TABWIN

No quinto minuto, 97% dos bebês apresentaram Apgar 7 ou maior, o que evidencia melhora na avaliação clínica do bebê. E 1% estava com Apgar abaixo de 3 (Figura 12). Os casos mais críticos com Apgar 3 representam 0,3% dos neonatos.

Figura 11 – Apgar no 1º minuto

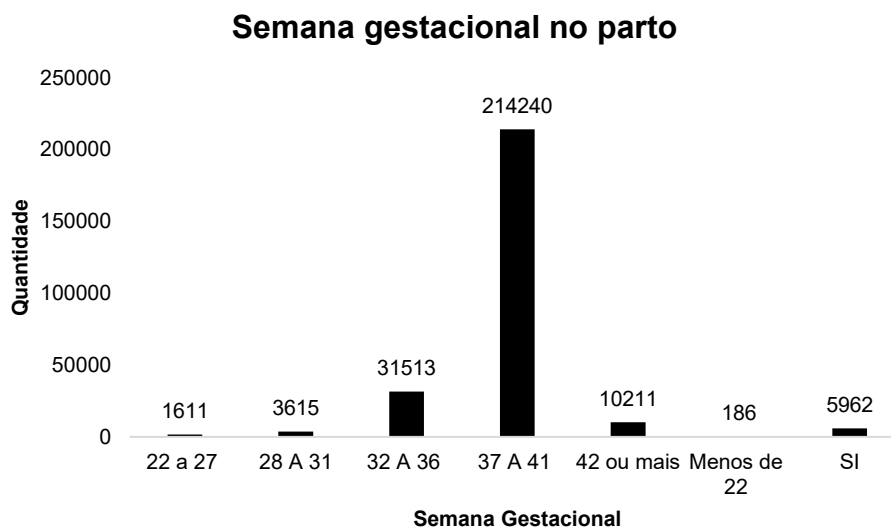


Fonte: o autor, adaptado de SINASC/TABWIN

De acordo com a idade gestacional no parto, 80% das mães adolescentes tiveram parto a termo, com idade gestacional entre 37 e 41 semanas, 12% tiveram parto com 32 a 36 semanas e 2% foram partos abaixo de

31 semanas de gestação. Cerca de 4% nasceram de parto pós-termo, acima de 42 semanas. **(Figura 13).**

Figura 13 – Semana gestacional no parto



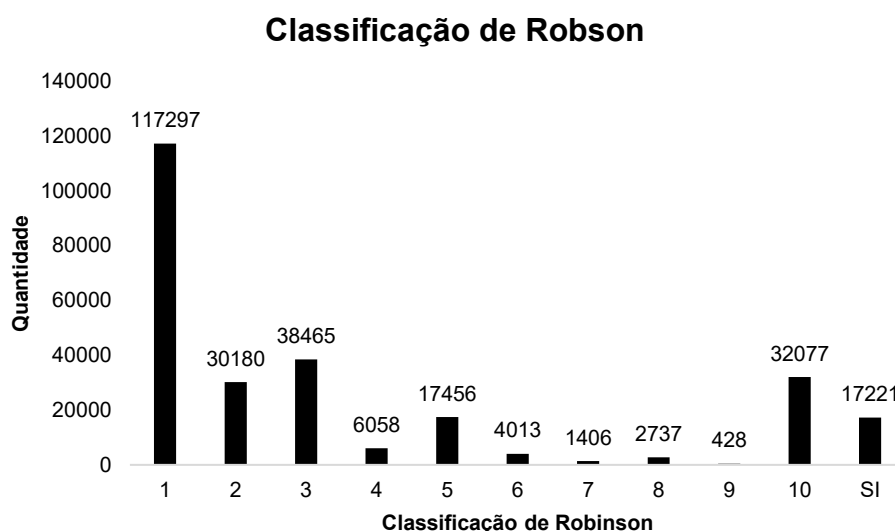
Fonte: o autor, adaptado de SINASC/TABWIN

Diversos estudos evidenciam que a decisão pela via de parto reflete condições socioculturais e da prática obstétrica (ENTRINGER, 2019). A Classificação de Robson (SCR) é um sistema que categoriza todas as mulheres que dão à luz em um dos 10 grupos os quais são mutuamente exclusivos e totalmente inclusivo. Nesse sentido, com base em algumas variáveis obstétricas, cada mulher que pariu, classifica-se em apenas um, dos 10 grupos e nenhuma mulher é excluída da classificação. As variáveis obstétricas que são usadas são: Paridade (nulípara, múltipara); Cesárea anterior (sim, não); Início trabalho de parto (espontâneo, induzido, Cesárea antes do trabalho de parto); Idade gestacional (termo, pré-termo); Apresentação fetal (cefálico, pélvico, transverso) Número de fetos (único, múltiplos). Com isso, os grupos de 1 a 4 são consideradas pacientes com cesárea muito evitável, e as classificadas nos demais grupos apresentados por Robinson, são mulheres com cesáreas pouco evitáveis (WHO, 2017).

De acordo com essa classificação, mostrou-se 72% estão na categoria 1 a 4 e foram submetidas à cesariana. Esse dado soa incoerente às evidências atuais que as consideram menos predispostas à realização de cesárias.

Além disso, cerca de 22% das mulheres estão na categoria 5 a 10. Cerca de 6% dos dados estavam sem informação ou com classificação errônea sobre a categoria das gestantes.

Figura 14 – Classificação de Robson



Fonte: o autor, adaptado de SINASC/TABWIN

5. CONCLUSÃO

A análise de dados de 2020 a 2022 referentes aos nascidos vivos de mães adolescentes residentes na Amazônia Legal, abrangendo 772 municípios e 1.330.508 nascimentos ao total, dos quais 20% (267.338) foram de mães adolescentes. A gravidez nesse período mostrou-se um problema de saúde pública, influenciado por fatores socioeconômicos e culturais, com enfoque para a vulnerabilidade dessa faixa etária. Os estados do Pará, Maranhão e Amazonas apresentaram os maiores números de casos absolutos, enquanto Roraima teve a menor incidência por 1000 nascidos vivos. A análise revelou que 15% das mães adolescentes tinham 15 anos ou menos, e a maioria (64%) possuía o estado civil de solteira, com baixa escolaridade (70% possuíam entre 8 e 11 anos de estudo). Além disso, 82,7% das mães eram pardas, evidenciando

disparidades étnicas. A reincidência da gravidez foi evidenciada em 21% dos casos, e 60,5% dos partos foram do tipo vaginais, embora a taxa de cesarianas (39,4%) tenha superado as recomendações da OMS. O Escore de Apgar indicou que 90% dos neonatos estavam em boas condições no primeiro minuto e com significativa melhora para 97% no quinto minuto. A maioria dos partos (80%) ocorreu a termo, mas 12% foram estabelecidos como pré-termo. A Classificação de Robson mostrou que 72% das cesarianas foram realizadas em grupos considerados de baixo risco, sugerindo práticas obstétricas que divergem das evidências científicas. Esses resultados reforçam a importância e a necessidade de políticas públicas integradas, focadas em educação sexual, acesso à métodos contraceptivos e apoio socioeconômico, para reduzir a gravidez na adolescência e melhorar os desfechos maternos e neonatais na região da Amazônia Legal.

Logo, conclui-se que é necessário incentivar no serviço público a ferramenta de classificação, como a de Robson, para melhorias na atenção durante pré-natal, pré-parto e parto, a fim de que a mulher se sinta apoiada e conheça melhor o que ocorre com ela durante a gravidez e o parto, diminuindo seus medos e inseguranças e colocando-a como agente principal de um momento ímpar na sua vida, o nascimento de um filho.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artmed, 1981. p. 13-23.
- ALMEIDA, A. H. do V. de. et al. Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, 2019. p. 43-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100003>. Acesso em: 12 jan. 2025.
- APGAR, V. A **Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant**. **Current Researches in Anesthesia & Analgesia**, v. 32, 1953. p. 260-267.
- ARAUJO, A. M. S. DE et al. **Gravidez na adolescência e mudanças corporais e contextuais**. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 10, 2022. p. e574111033110.
- ARTAL, Mittelmark Raul; WISWELL, Robert A; DRINKWATER, Barbara L. **O exercício na gravidez**. São Paulo: Manole, 1999. p. 15.
- ASSIS, T. DE S. C. et al. **Pregnancy in adolescence in Brazil: associated factors with maternal age**. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 21, n. 4, 2021. p. 1055–1064.
- ASSIS, T. S. C. et al. **Reincidência de gravidez na adolescência: fatores associados e desfechos maternos e neonatais**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 8, 2022. p. 3261-3271
- BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. **Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 4, ago. 2004. p. 479-487.
- BOCARDI, M. I. B.; CANO, M. A. T. **Gravidez na adolescência: o parto enquanto espaço do medo**. In: Livro de Resumos. EERP, 1998. p. 128
- BORGES, ANA LUIZA VILELA; SCHOR, NÉIA. **Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 499-507, mar.-abr. 2005.
- BOROVAC-PINHEIRO, A. et al. **Contracepção em adolescentes antes e depois do parto: escolhas e desafios para o futuro**. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 38, n. 11, p. 545-551, 2016. p. 128.
- BOUZAS, I. C. da S.; CADER, S. A.; LEO, L. **Gravidez na adolescência: uma revisão sistemática do impacto da idade materna nas complicações clínicas, obstétricas e neonatais na primeira fase da adolescência**. *Adolescência e Saúde*, v.11, n.3, p.7-21, 2014. Disponível

em: http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=457&idioma=Portugues. Acesso em: 12 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Direito à educação: subsídios para a gestão dos sistemas educacionais**. Brasília: MEC, 2006. p.130.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. 2016. p 18. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf. Acesso em: 12 jan. 2025.

CORDEIRO, I. H. D. et al. **Aspectos envolvidos na gravidez na adolescência: uma revisão integrativa**. Revista Destaques Acadêmicos, v. 13, n. 3, 22 nov. 2021.

CRUZ, M. **Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil**. Planejamento e Políticas Públicas, [S.l.], n. 46, 2022. p. 250 Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/567>. Acesso em: 23 jul. 2024.

DATASUS. Informações de saúde. **Sistema de informações sobre nascidos vivos**. Brasília, DF; 2021. p 1. Disponível em: https://amazonialegalemdados.info/dashboard/perfil.php?regiao=Par%C3%A1&area=Desenvolvimento%20Social__89&indicador=TX_DATASUS_GRAVIDEZ_PRECOCE_UF__89. Acesso em: 12 jan. 2025. Disponível em: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2902717>. Acesso em: 7 abr. 2024

Diniz, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto** (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001

ENTRINGER, A. P.; PINTO, M. F. T.; GOMES, M. A. S. M. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1527-1536, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.06962017>.

FERNANDES, R. F. M. et al. **Intercorrências obstétricas que ocorrem durante a gravidez na adolescência**. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 17, n. 1, 2018. p. 6.

GUANABENS, Marcella Furst G. et al. **Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 1, supl. 2, 2012. p. 20-24.

GURGEL, M. G. I. et al. **Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem**. Escola Anna Nery, v. 12, n. 4. 2008. p. 800–806.

GUTIERREZ, E. S.; SALLA, M. A.; JESUS, R. A.; SPRUNG, L. S. **Uso de métodos contraceptivos e reincidência gestacional em mulheres adolescentes: uma revisão sistemática**, v. 49, n. 8, p. 494-500, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/10/1342420/femina-2021-498-494-500.pdf>. Acesso em: 15 fev 2025.

HUTRIN. **Alerta para riscos da gravidez na adolescência - Secretaria da Saúde**. Disponível em: <https://saude.go.gov.br/noticias/12407-hutrin-alerta-para-riscos-da-gravidez-na-adolescencia>. Acesso em: 17 dez. 2023.

KPORY, A. P.; SIMÕES, A. G. **Câncer na cavidade oral: estudo de 175 pacientes registrados no Hospital Ophir Loyola**. Belém, 1992. 96f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 1992.

LE MOS, A. et al. **Força muscular respiratória: comparação entre primigestas e nuligestas**. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 37, n. 2, 2011. p. 193–199.

MACIEL, R. M.; FAGUNDES, T. R. **Perfil materno de gravidez na adolescência: dados preliminares do ano de 2021 no estado do Paraná**. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 13, p. e340101321270, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21270>. Acesso em: 15 fev 2025.

MAGALHÃES, A. L. C.; MONTEIRO, D. L. M.; TRAJANO, A. J. B.; SOUZA, F. M. **Proporção e fatores associados a Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida: de 1999 a 2019, o que mudou?** *Ciênc. saúde coletiva*, v. 28, n. 2, 2023. p. 385-396. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SRKqK3M38f5TV7YhFSgggMB/>. Acesso em: 07 abr. 2024.

MARCOS, J. et al. **Pregnant woman's position during vaginal delivery: discrepancies between medical and nursing practices**. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 19, n. 4, p. 58–64, 2017. p. [número de páginas].

MASCARENHAS, M.G. **A saúde no Brasil**. O Liberal, Belém, 22 out. 1999. cad 2, p.8.

MASCARENHO, K. C.; HORTA, B. L.; SILVEIRA, M. (Org.). **Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis**. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. 51, 2017. p. 1-12.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Adolescente**. 2. ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. p 152.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. In *Cadernos de Atenção Básica* n. 32, pag 51, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_pre_natal.pdf. Acesso em: 12 jan 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico Pré-natal e Puerpério - Atenção Qualificada e Humanizada**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: [s.n.]. p. 92, 2006.

MOREIRA, R. C. R. et al. Gravidez na adolescência e vida escolar: experiências de alunas de uma escola pública. **Revista Enfermagem UFPE Online**, v. 4, n. 1, 2010. p. 9.

NASCIMENTO, M. G.; XAVIER, P. F.; SÁ, R. D. P. **Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social**. Revista Adolescência e Saúde, v. 8, n. 4, p. 41-47, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Taxa de gravidez na adolescência no Brasil está acima da média latino-americana e caribenha**. 2015. Disponível em: <http://www.who.int>. Acesso em: 17 dez. 2023. p. 2.

PENNA, LUCIA HELENA GARCIA et al. **Perspectivas de adolescentes abrigadas sobre os serviços de saúde no apoio à sua maternidade**. Revista Enfermagem UERJ, v. 21, n. 2, p. 162-167, 2013.

PINHEIRO, Y. T.; PEREIRA, N. H.; FREITAS, G. D. DE M. **Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do nordeste do Brasil**. Cadernos de Saúde Coletiva, v. 27, n. 4, 2019. p. 363–367.

SANTOS, E. et al. **Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção**. Psicologia em Estudo, v. 15, n. 1, 2010. p. 72–85.

SILVA, J. M. B. et al. **Percepção de adolescentes grávidas acerca de sua gestação**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 25, n. 1, jan./abr. 2011. p. 23-32.

UNFPA. **Situação da População Mundial**. 2019. Disponível em <https://brazil.unfpa.org/ptbr/publications/situacao-da-populacao-mundial-2019>. Acesso em: 15 fev. 2025.

UNFPA. **Sem Deixar Ninguém para Trás - Gravidez, maternidade e violência sexual na adolescência**. 2023. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cartilha-unfpa-digital.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2023.

VASQUEZ, R.; PIÑEROS, S. **Psicopatologia em mães adolescentes**. Pediatría (Bogotá), v. 32, n. 4, 1997. p. 229-238.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>. Acesso em: 12 jan 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Robson Classification: Implementation Manual**. Geneva: WHO, 2017. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <http://apps.who.int/iris>. Acesso em: 15 fev 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO statement on caesarean section rates**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/. Acesso em: 10 maio 2024.

YAGO, T. S.; TOMÁS, C. A. **Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años**. Revista Española de Salud Pública, v. 88, n. 3, 2014. p. 395-406.

ZUGAIB, M. **Who's for amniocentesis. The Lancet, London, 1977**. Zugaib obstetrícia. 2ª ed. Barueri: Manole. 2012. p. 986-987.