



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 02, pp. 53833-53837, February, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.23931.02.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES PARAIBANAS

Jaylane da Silva Santos\*<sup>1</sup>, Hemílio Fernandes Campos Coelho<sup>2</sup>, Caliandra Maria Bezerra Luna Lima<sup>3</sup>, Rozileide Martins Simões Candeia<sup>4</sup>, Cláudio Teixeira Régis<sup>5</sup>, Juliana Sousa Soares de Araújo<sup>6</sup>, Jéssica Lucena Zupolini Stropp<sup>7</sup>, Gabriella Correia Ouro<sup>8</sup>, Mirelly Rafael de Lima<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde – UFPB; <sup>2</sup>Docente no Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão em Saúde – UFPB; <sup>3</sup>Docente no Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão em Saúde – UFPB; <sup>4</sup>Mestra em Modelos de Decisão em Saúde – UFPB, Docente em Centro Universitário de João Pessoa; <sup>5</sup>Mestre em Modelos de Decisão em Saúde, Diretor do Complexo de Pediatria Arlinda Marques e vice Coordenador da Rede Cuidar do Estado da Paraíba – UFPB; <sup>6</sup>Doutora, coordenadora da Rede Cuidar do Estado da Paraíba; <sup>7</sup>Graduanda em Enfermagem no Centro Universitário de João Pessoa, PB; <sup>8</sup>Médica pelo Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ; <sup>9</sup>Graduanda em Enfermagem no Centro Universitário de João Pessoa, PB

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 03<sup>rd</sup> November, 2021

Received in revised form

14<sup>th</sup> December, 2021

Accepted 06<sup>th</sup> January, 2022

Published online 20<sup>th</sup> February, 2022

#### Key Words:

Assistência Pré-Natal. Saúde da mulher. Estudo Transversal Gravidez de alto risco. Gestantes.

#### \*Corresponding author:

Jaylane da Silva Santos

### ABSTRACT

**Objetivo:** traçar o perfil clínico-epidemiológico de gestantes do estado da Paraíba, considerando as três macrorregiões de saúde. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal, exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, utilizando-se dados secundários a fim de caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico-obstétrico de mulheres em período gravídico atendidas pelo Projeto Rede Cuidar, no Estado da Paraíba, Brasil. Identificou-se três eixos para compor o estudo: dados sociodemográficos das gestantes, informações referentes ao pré-natal e situação clínico-obstétrica. **Resultados:** Pode-se observar que a média de idade das gestantes é de 28 anos, 95% se autodeclararam pardas, e 24,6% possuem ensino fundamental completo. O segundo eixo infere que a quantidade mínima de consultas preconizadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS não é cumprida, apesar da maioria possuir calendário vacinal atualizado, e que parcela dessa população faz uso de álcool e outras drogas. Já no eixo clínico-obstétrico, constatou-se que 9,2% possuem síndrome hipertensiva e que apenas 37,8% estão consideradas com o peso adequado. Identificou-se, ainda, que 27,4% das mulheres atendidas fazem parte do grupo de alto risco gestacional. **Conclusão:** a detecção precoce dessas condições clínicas viabiliza o planejamento da atuação das equipes de saúde no tocante aos aspectos que oferecem risco à gravidez, permitindo maior segurança no seguimento da gestação.

Copyright © 2022, Jaylane da Silva Santos et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Citation:** Jaylane da Silva Santos, Hemílio Fernandes Campos Coelho, Caliandra Maria Bezerra Luna Lima, Rozileide Martins Simões Candeia, Cláudio Teixeira Régis, Juliana Sousa Soares de Araújo, Jéssica Lucena Zupolini Stropp, Gabriella Correia Ouro, Mirelly Rafael de Lima. "Perfil clínico-epidemiológico de gestantes paraibanas", *International Journal of Development Research*, 12, (02), 53833-53837.

## INTRODUCTION

O período gestacional envolve mudanças maternas fisiológicas que contribuem para o desenvolvimento e maturação fetal, culminando com o nascimento. Para tanto, se faz necessário o acompanhamento multiprofissional, com o objetivo de garantir a saúde materno-fetal, por meio da prevenção, investigação, diagnóstico e tratamento de doenças pré-existentes e complicações, reduzindo os riscos e possíveis agravos à saúde (BRASIL, 2012). Visando a qualidade da saúde materno-infantil, foi instituído em 2011, pelo Ministério da Saúde (MS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Rede Cegonha que oportuniza às mulheres qualidade de vida, saúde e satisfação durante a gestação, parto e puerpério, além do acompanhamento do desenvolvimento infantil nos primeiros dois

anos de vida (BRASIL, 2015; BRASIL, 2014; FERREIRA, LEMOS E SANTOS, 2020). No desenho organizacional do SUS, a atenção primária em saúde se configura como ambiente de acesso inicial da mulher, onde acontece o acompanhamento gestacional, por meio das consultas de pré-natal, que se caracteriza como um importante indicador de risco gestacional. A criação do SUS levou ao fortalecimento da rede de cuidados à saúde da mulher, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) bem como o monitoramento e avaliação de indicadores da saúde materno-infantil, contribuindo para a redução da mortalidade materna e neonatal no país. Contudo, o número de óbitos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal ainda constitui um importante problema de saúde pública, sendo a razão de mortalidade materna para o ano de 2019 de 57,9% (BRASIL, 2021). Dentre as ações de saúde propostas, identificar o perfil das gestantes atendidas pelos serviços de atenção

primária do SUS permite planejar melhorias assistenciais e criar metas baseadas nas necessidades desta população. Além disso, tais informações propiciam avaliar a qualidade da assistência ofertada, possibilitando a identificação e resolução de problemas e agravos envolvendo desde o acompanhamento pré-natal, ao parto e puerpério. Essa pesquisa se propôs a analisar dados de consultas de pré-natal, com o objetivo de traçar o perfil clínico-epidemiológico de gestantes do estado da Paraíba, considerando as três macrorregiões de saúde.

## MÉTODOS

O estudo é um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Análise dos fatores associados a gestação de alto risco gestacional durante o pré-natal no Estado da Paraíba, Brasil” do Programa de Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Caracteriza-se por ser um estudo transversal, exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, utilizando-se dados secundários com a finalidade de caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico-obstétrico de mulheres em período gravídico no Estado da Paraíba, Brasil. Para a abordagem quantitativa, tomou-se como base um banco de dados secundário, obtido por meio de atendimentos e consultas realizadas na Caravana da Rede Cuidar, sendo composto por 1.877 gestantes cadastradas, considerando as três macrorregiões de saúde do Estado da Paraíba. Posto que nesta pesquisa foram utilizados todos os dados disponíveis do banco de dados, não houve necessidade, portanto, de construção de cálculo de amostragem no intuito de garantir a representatividade e fidedignidade das análises. Quanto aos critérios de elegibilidade, foram incluídos no estudo todas as mulheres que realizaram a consulta de triagem e estão registradas no banco de dados. Enquanto critério de exclusão, estabeleceu-se os dados que apresentaram informações incompletas e duplicadas.

O banco de dados original, além da identificação das gestantes, é composto por três eixos: dados sociodemográficos das gestantes, informações referentes as consultas de pré-natal e situação clínico-obstétrica. As variáveis que compõem o banco de dados utilizados nesta pesquisa, são do tipo categóricas qualitativas (nominais e ordinais) e quantitativas que versam sobre o perfil clínico e obstétrico das gestantes atendidas pela Rede cuidar. Nesse sentido, tomando como ponto de partida a organização e agrupamento das informações, realizou-se o tratamento e as análises estatísticas descritivas e exploratórias dos dados por meio do *software R* comumente utilizado em cálculos estatísticos, construção gráficas e manipulação de bancos de dados. Visando o alcance dos objetivos propostos da pesquisa, foi solicitado por meio de anuência, o acesso ao banco de dados, sob domínio do projeto Rede Cuidar do Estado da Paraíba. Ressalta-se que a pesquisa cumpriu os aspectos éticos da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de saúde, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – CEP/CCM/UFPB e aprovada com registro de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número: 52890521.6.0000.5188.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

**Análise do Eixo 1 – caracterização do perfil sociodemográfico das gestantes do estado da Paraíba, Brasil:** Inicialmente, abordou-se as características sociodemográficas para facilitar a compreensão do perfil das gestantes que participaram do estudo. Nesse sentido, visando a objetividade foram selecionadas as variáveis idade, faixa etária, etnia, grau de instrução e macrorregiões de saúde ao qual estão inseridas para caracterizar estes aspectos (Tabela 1).

**Tabela 1. Eixo 1 – Caracterização do perfil sociodemográfico das gestantes, Paraíba, 2021**

VARIÁVEIS	n	%
Faixa etária		
9 a 15 anos	39	2,00
16 a 22 anos	440	23,50
23 a 29 anos	555	29,70
30 a 36 anos	547	29,30
37 a 43 anos	241	12,90
44 ou mais	45	2,40
Grau de Instrução		
Fundamental	462	43,80
Médio incompleto	187	17,70
Médio completo	335	31,80
Superior incompleto	24	2,30
Superior completo	45	4,20
Etnia		
Parda / Preta / Indígena	1793	95,50
Branca	84	4,50
Macrorregião de saúde	39	2,10
Região metropolitana de JP	410	21,80
Macro I	442	23,50
Macro II	986	52,60
Macro III		

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Quanto à variável idade da paciente, optou-se por formar grupos, a partir das informações dispostas no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diante da análise dos dados é possível inferir que a média de idade das gestantes é de 28 anos com desvio padrão (DP) de  $\pm 1,1$ . 29,70% (n=555) estão compreendidas entre 23 e 29 anos de idade com uma variação de 7 anos entre os grupos o que corrobora com os parâmetros recomendados para gestar. Entretanto, destaca-se que a segunda faixa etária prevalente 23,50% (n=440) está entre 16 a 22 anos, em sua maioria adolescentes e adultos jovens, excedendo o preconizado pela OMS (BRASIL, 2012). Com relação ao grau de instrução, a maioria 43,80% (n=462) possuem o ensino fundamental. Enquanto isso, apenas 4,20% (n=45) dessas mulheres possuem curso superior completo. Quanto à etnia, observa-se que aproximadamente 95% (n=1.793) das gestantes se autodeclararam pardas. Ao analisar a macrorregião de saúde em que estas mulheres estão inseridas, constatou-se que 52,60% (n=986) das participantes do estudo estão adscritas na Macrorregião de saúde III. Esse dado, somado com os demais descritos anteriormente, constrói o perfil de vulnerabilidade social ao qual estas mulheres estão alocadas. São adultas jovens com baixa escolaridade e a localidade territorial que se traduz com dificuldade de acesso à serviços de saúde (CRUZ *et al.*, 2016).

**Análise do eixo 2 – informações das consultas de pré-natal das gestantes:** O segundo eixo contou com seis variáveis relacionadas ao PN: número de consultas e classificação quanto (adequadas ou inadequadas) à idade gestacional, situação vacinal, tabagismo, se faz uso de álcool e outras drogas (TABELA 2). Com relação ao número de consultas de pré-natal, majoritariamente as mulheres realizam pré-natal na rede SUS (UBS), contudo o número mínimo de seis consultas, preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), não é cumprido. Analisando essa informação, nota-se que condiz com a média de acompanhamento, que é também de quatro consultas. O MS preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2000). Nesse sentido, ressalta-se a necessidade da assistência dos profissionais de saúde ser revistano que concerne às ações adotadas para garantir a continuidade dos cuidados. Aliado a isso, convém a adoção de medidas para apontar as causas que impossibilitam o acesso e a busca-ativa das mulheres aos serviços de saúde em tempo oportuno. Considerando a prerrogativa do MS, buscou-se avaliar se os números de consultas de pré-natal estão adequados à idade gestacional. Após a correlação, estas foram classificadas em adequadas ou inadequadas para a fase atual da gravidez. Verificou-se que 51,70% (n = 971) das gestantes estão com o quantitativo de consultas de pré-natal inadequado, corroborando com os achados obtidos pela variável de número de consultas.

**Tabela 2. Eixo 2 – Descrição das informações referentes as consultas de pré-natal das gestantes, Paraíba, 2021**

VARIÁVEIS	N	%
Faixa do nº de consultas de PN		
1 a 3	774	41,20
4 a 6	749	39,90
7 a 9	269	14,30
10 a 12	37	2,00
12 ou mais	48	2,60
Classificação das consultas de PN		
Adequado	906	48,30
Inadequado	971	51,70
Situação Vacinal		
Sim	1471	79,50
Não	75	5,00
Incompleto	272	15,50
Fumante		
Sim	51	2,70
Não	1808	96,30
Uso de álcool		
Sim	55	2,90
Não	1804	96,10
Uso de outras drogas		
Sim	16	0,90
Não	1824	97,20

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

De acordo com o estudo transversal realizado por Marques *et al.* (2021) o pré-natal quando efetuado de forma qualificada, reduz desfechos negativos antes do nascimento, como prematuridade, e, além disso, diminui a possibilidade de complicações obstétricas que podem culminar em óbitos maternos. No que diz respeito a situação do calendário vacinal 79,50% (n = 1.471) das gestantes estão com as vacinas atualizadas; 5,00% (n = 75) não estão com as vacinas atualizadas ou não iniciaram o calendário de vacinas e 15,50% (n = 272) possui o calendário incompleto. Embora os resultados desta pesquisa tenham se apresentados como satisfatório, as taxas mundiais de imunização na fase gestacional estão abaixo do desejado o que é uma preocupação dos órgãos de saúde, uma vez que além da saúde da mãe, existe o risco de implicação na saúde do concepto que pode ocorrer desde a malformações, infecções neonatais e tardias, e óbito (FREBASGO, 2020). Logo, a imunização é uma ação de prevenção primária aos agravos do binômio (NATIONS UNITED, 2015). Convém destacar a limitação deste dado, por fazer referência ao universo de mulheres atendidas por ocasião da caravana Rede cuidar, podendo não expressar a realidade da situação vacinal das gestantes do estado da Paraíba. Quando questionadas quanto ao hábito de fumar e uso de álcool e outras drogas, cerca de 2,70% (n=51) afirmaram ser fumantes, 2,90% (n=55) alegaram fazer uso de álcool de modo recorrente e apenas 0,90% (n=16) das gestantes afirmaram fazer uso de outras drogas. Segundo os resultados do estudo descritivo e exploratório conduzido por Peters *et al.* (2020) que teve por objetivo discorrer sobre a assistência ao pré-natal realizado por enfermeiros a gestantes usuárias de substâncias psicoativas, a maioria das gestantes possuem dificuldades em reconhecer ou alegar que fazem uso de álcool e outras drogas. O que pode estar relacionado ao medo e insegurança quanto a sua identidade e exposição, dificultando o manejo por parte dos profissionais dos eventuais riscos durante a gestação (ALMEIDA, OLIVEIRA E COELHO, 2016).

**Análise do Eixo 3 – Avaliação da situação clínico-obstétrica das gestantes:** Ainda sobre a situação clínico-obstétrica foram computadas onze variáveis: idade gestacional, a prevalência do trimestre gestacional, classificação quanto ao número de gestações, paridade e abortamento, número de parcerias sexuais, pressão arterial (PA) alterada, índice de massa corporal (IMC), investigação quanto ao risco de parto prematuro, histórico de parto prematuro e classificação do risco gestacional (TABELA 3). Com relação a variável idade gestacional, observa-se que a média de idade é de 24 semanas com DP de  $\pm 8$ . E o período gestacional prevalente é o segundo trimestre que se inicia na 13ª semana e se estende até a 27ª semana de gestação 46,20 (n= 849). Quanto ao número de gestações, é possível inferir que 64,20% (n=730) das gestantes são multigestas,

ou seja, já passaram por mais de uma gravidez. No quesito paridade 56,60% (n=1.063) são multíparas, ou seja, já tiveram parto de bebê com  $\geq 500g$  ou  $\geq 22$  semanas, vivo ou morto, com ou sem malformações, por qualquer via. Pesquisa desenvolvida no Estado do Paraná sobre a caracterização do perfil gestacional das mulheres corrobora com os dados descritos anteriormente, em que 64,70% das mulheres são multigestas e 68,60% multíparas (RODRIGUES *et al.*, 2017; ARAÚJO, MONTE E HABER, 2017). Sobre o número de abortos, a média de casos (0,27) é considerada mínima. Entretanto, observa-se que 96,20% (n=1.063) mulheres já tiveram até um aborto. Embora o quantitativo esteja em queda (CARDOSO *et al.*, 2020) o aborto se configura como um importante problema de saúde pública e causa de óbito materno, não apenas pela sua magnitude como também pela sua persistência (DINIZ, MEDEIROS E MADEIRO, 2017).

**Tabela 3. Eixo 3 – Situação clínico-obstétrica das gestantes, Paraíba, 2021**

VARIÁVEIS	n	%
Trimestres Gestacionais		
1º Trimestre	228	12,40
2º Trimestre	849	46,20
3º Trimestre	762	41,40
Classificação quanto a gestação		
Nuligesta	6	0,50
Primigesta	401	35,20
Multigesta	730	64,20
Classificação quanto a paridade		
Nulipara	417	22,20
Primipara	397	21,10
Multípara	1063	56,60
Classificação quanto ao nº de aborto		
Até 1	1063	96,20
De 2 a 3	36	3,20
4 ou mais	5	0,40
Número de parcerias sexuais		
Único parceiro	1592	85,80
Dois parceiros	168	9,00
Vários parceiros	95	5,10
Pressão arterial alterada		
Sim	173	9,20
Não	1.696	90,70
Índice de massa corporal (IMC)		
Baixo peso	421	22,40
Adequado	710	37,80
Sobrepeso	442	23,50
Obesidade	304	16,20
Risco de parto prematuro		
Sim	114	6,10
Não	1.740	93,80
Histórico de parto prematuro		
Sim	1735	94,60
Não	99	5,40
Risco gestacional		
Não	1.363	72,60
Sim	514	27,40

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

No quesito número de parcerias sexuais, verifica-se que 85,80% (n=1.592) afirmam possuir apenas uma parceria. Além disso, 9,0% (n=168) declararam ter dois e 5,10% (n=95) vários parceiros. Estimular a participação ativa do parceria sexual da gestante durante o pré-natal é essencial para a ampliação efetiva do cuidado da mãe, bebê e implementação do pré-natal da parceria (DOMINGUES, 2021). Dessa forma, a equipe de saúde poderá assistir e promover saúde às pessoas a qual a gestante se relaciona sexualmente (BRASIL, 2016). A média da PA sistólica das gestantes foi de 108 mmHg e a média diastólica foi de 70 mmHg, referindo-se estas à mensuração dado o momento em que as pacientes foram atendidas e considerando o histórico clínico, além dos registros da caderneta da gestante. Ademais, tendo em vista que a variável “PA Alterada” se refere a síndrome hipertensiva, é possível constatar das gestantes que 9,20% (n=173) possuem tal diagnóstico. As síndromes hipertensivas específicas gestacionais (SHEG) são consideradas a primeira causa de mortalidade materna no Brasil e a segunda no mundo (FERREIRA *et al.*, 2021). A vista disso, faz-se necessário o acompanhamento eficaz

da gravidez para que ocorra o rastreamento, diagnóstico e intervenção por parte dos profissionais em tempo oportuno. Além disso, as gestantes já diagnosticadas hipertensas ou com alguma das SHEG recomenda-se a medição da pressão arterial de forma regular, observação de sintomas, avaliação dos movimentos fetais e contagem de plaquetas e enzimas de lesão hepática (PINTO *et al.*, 2020). Visando classificar as gestantes por meio do índice de massa corporal (IMC), foi realizado o cálculo de correlação entre o peso e a altura das pacientes. A média do IMC obtido foi de 28,96. Nesse sentido, nota-se que 37,80% (n=710) das gestantes estão com o peso adequado. Entretanto, ao somar os percentuais dos demais grupos que estão fora do parâmetro de normalidade, infere-se que mais da metade da população amostral possui algum tipo de morbidade nutricional. Esse dado, somado aos resultados da variável “PA alterada” reitera ser indispensável orientações de mudanças do estilo de vida em relação à alimentação saudável e práticas de atividades físicas de forma regular (FOLK, 2018). No tocante à investigação do risco iminente de parto prematuro, apenas 6,10% (n=114) das gestantes tinham risco de ter parto prematuro. E, quando investigado o histórico obstétrico 5,40% (n=99) das gestantes já tiveram pelo menos um parto prematuro. No inquérito nacional, da pesquisa *Nascer no Brasil* referente a parto e nascimento, observou-se que a taxa de prematuridade do país foi de 11,50% (LEAL *et al.*, 2016) e estão associados a fatores de vulnerabilidade social, baixo grau de instrução, gravidez na adolescência e cuidados pré-natais inadequados (ALMEIDA *et al.*, 2020). Inclusive, em um estudo nos Estados Unidos com 43.537 mulheres em idade inferior a 25 anos, verificou-se que quanto mais jovem for a mulher, maior a probabilidade de parto prematuro (KAWAKITA *et al.*, 2016). Em relação à avaliação e classificação do risco gestacional, contata-se que 72,60% (n=1363) das gestantes não apresentam predisposição a desenvolver risco gestacional, enquanto 27,40% (n=514) fazem parte do grupo de alto risco. Considerando os dados obtidos e o importante papel da Rede Cegonha, fica evidente ser primordial a captação precoce das gestantes, com acolhimento e classificação de risco, acesso garantido ao número mínimo de consultas de pré-natal na atenção básica, além do encaminhamento para serviços especializados em tempo oportuno, sempre que necessário (FERNANDES *et al.*, 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se considerar a relevância do processo de mudanças fisiológicas ocorridas durante o período gestacional, pode-se identificar as características clínicas e epidemiológicas mais prevalentes da população estudada. Apesar de perceber-se calendário vacinal adequado e baixo risco de parto prematuro, alguns aspectos desfavoráveis como número inadequado de consultas realizadas e uso de drogas lícitas e ilícitas foram observados. Constatou-se, também, grande número de mulheres que já tiveram pelo menos um aborto. Nessa perspectiva, o acompanhamento pré-natal satisfatório se faz essencial na garantia do bem-estar da mãe e do feto. Sendo assim, a detecção precoce das adversidades, como as elencadas nesse trabalho, viabiliza o planejamento da atuação das equipes de saúde no tocante aos aspectos que oferecem risco à gravidez, permitindo, desse modo, maior segurança no seguimento da gestação.

**Agradecimentos:** Agradeço aos meus estimados orientadores por todo apoio e insights no desenvolvimento da pesquisa, aos colegas pesquisadores que contribuíram para a realização desta pesquisa, a todos que fazem a Rede Cuidar do Estado da Paraíba por tornar este estudo exequível com o consentimento das informações e à CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio financeiro para o desenvolvimento deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.H.V. Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 12, dez., 2020. Doi: 10.1590/0102-311X00145919. Acesso em: 14 ago. 2021.

- ALMEIDA F.S., OLIVEIRA, R.A.F. E COELHO, E.O.E. The importance of prenatal care by professional nurse. *Rev. Educação, Meio Ambiente e Saúde*, v. 6, n.2, p. 155-169, 2016. Disponível em: <http://www.faculdedofuturo.edu.br/revista1/index.php/mas/article/view/37>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- ARAÚJO, E.C; MONTE, P.C.B; HABER, A.N.C.A. Avaliação do pré-natal quanto a detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amaz Saude*. 2017. Doi:10.5123/S2176-62232018000100005. Acesso em: 14 ago. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 560 de 1º de junho de 2000. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 11 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: Manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Articulação Interfederativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Série Articulação Interfederativa, 1).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS/CONITEC. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 121, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Ações e Programas. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 22 maio 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Ações e Programas. Rede Cegonha*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/rede-cegonha#:~:text=A%20Rede%20Cegonha%20%C3%A9%20uma,dois%20primeiros%20anos%20de%20vid>. Acesso em: 22 maio 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde –DATASUS. *Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade*. 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>. Acesso em: 22 maio 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019*. Brasília: Ministério da Saúde, v. 52, p. 19, ago. 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteu-do/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_29.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteu-do/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf). Acesso em: 16 dez. 2021.
- CRUZ, M.S. et al. Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil. *Rev. planejamento e políticas públicas*, n. 46, jan. / jun. 2016. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6577/1/ppp\\_n46\\_perfil\\_socioeconomico.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6577/1/ppp_n46_perfil_socioeconomico.pdf). Acesso em: 11 ago. 2021.
- CARDOSO, B.B. et al. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Rev. Cad. Saúde Pública*, v. 36, Sup. 1, e. 00188718, 2020.
- DINIZ, D, MEDEIROS, M E MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Rev. Ciênc Saúde Colet.*, v. 22, p. 653-60, 2017. Doi: 10.1590/01002-311X00188718. Acesso em: 14 ago. 2021.
- DOMINGUES, et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Rev. Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 30, s.1, 2021. Doi: 10.1590/S1679-4974202100005.espl. Acesso em: 14 ago. 2021.

- FEBRASGO POSITION STATEMENT. Vacinação nas gestantes e puérperas. *Rev. Femina*, v. 48, n. 12, p. 710-4, 2020. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/114\\_1179/femina-2020-4812-710-714.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/114_1179/femina-2020-4812-710-714.pdf). Acesso em: 14 ago. 2021.
- FERNANDES, J.A. et al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 5, e. 00120519, 2020. doi: 10.1590/0102-311X00120519. Acesso em: 14 ago. 2021
- Ferreira SN, Lemos MP, Santos WJ. Representações sociais de gestantes que frequentam serviço especializado em gestações de alto risco. *Rev. de Enfermagem do centro Oeste Mineiro*, v. 10, e. 3625, 2020. DOI:10.19175/RECOM.V10I0.3625. 16 nov. 2021.
- FOLK, D.M. Hypertensive disorders of pregnancy: overview and current recommendations. *Rev. Journal of midwifery & women's health*, v. 63, n. 3, p. 289-300, 2018. Acesso em: 14 ago. 2021.
- KAWAKITA T. et al. Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, v. 29, p. 130-6, 2016.
- LEAL, M.C. et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health*, v.13, Suppl. 3, p. 164-74, 2016.
- MAQUES, B.L., et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Rev. Esc. Anna. Nery*, v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/hR4MwpCd88cvTfs9ksLJGFs/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021. Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098.
- RODRIGUES, A.R.M. et al. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. *SANARE, Sobral*, v.16, Suplemento n. 01, p. 23-28, 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1135/620>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- PETERS, A.A. et al. Gestantes em uso de substâncias psicoativas atendidas por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog, Ribeirão Preto*, ed. port., v.16, n. 2, abr./jun., 2020. Doi: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.166357. Acesso em: 14 ago. 2021.
- PINTO, K.C.D.L.R. et al. Principais complicações gestacionais e obstétricas em adolescentes/ Main gestational and obstetric complications in adolescents. *Rev. Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 1, p. 873-882, 2020.
- RODRIGUES, A.R.M. et al. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. *SANARE, Sobral*, v.16, Suplemento n. 01, p. 23-28, 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1135/620>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- UNITED NATIONS. The Millenium Development Goals Report. New York: United Nations; 2015. Available from: [https://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG%202015%20PR%20Global.pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20PR%20Global.pdf). Acesso em: 14 ago. 2021.

\*\*\*\*\*