

Perfil sócio demográfico das gestações e nascimentos ocorridos no estado do Paraná entre os anos de 2011 a 2019

Socio-demographic profile of pregnancies and births that occurred in the state of Paraná between 2011 and 2019

Perfil sociodemográfico de embarazos y nacimientos ocurridos en el estado de Paraná entre 2011 y 2019

Recebido: 08/10/2021 | Revisado: 15/10/2021 | Aceito: 19/10/2021 | Publicado: 21/10/2021

Kely Quintino Antunes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0140-5643>

Faculdade Cristo Rei, Brasil

E-mail: kintinoantunesz@hotmail.com

Tatiane Renata Fagundes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4634-360X>

Faculdade Cristo Rei, Brasil

E-mail: tatiane@faccrei.edu.br

Resumo

O presente artigo tem como objetivo geral analisar o perfil sócio demográfico das gestações e nascimentos ocorridos no estado do Paraná entre os anos de 2011 a 2019. É um estudo do tipo ecológico que compara indicadores sociais e de saúde da população do estado. As informações foram provenientes do Sistema de nascidos vivos (SINASC) do Ministério da Saúde, de todos os nascidos vivos de mães residentes no estado Paraná, entre os anos de 2011 a 2019, último ano com informações disponíveis. Relatar sobre as condições sociais da localidade demonstra as necessidades e características das mulheres residentes, e contribui para o contínuo delineamento do perfil das gestantes a fim de contribuir para a construção e avaliação dos novos programas de saúde da mulher e da criança, e direcionamento da assistência as necessidades da população atendida. Destacamos que mães adolescentes se tornam um grupo vulnerável, visto que muitas apresentam baixa escolaridade seguida de evasão escolar, e em geral pertencem às classes sociais com menor acesso a informações, portanto devem ter atendimento que priorize suas necessidades.

Palavras-chave: Gestações; Nascimentos; SINASC; Paraná.

Abstract

This article aims to analyze the socio-demographic profile of pregnancies and births that occurred in the state of Paraná between 2011 and 2019. It is an ecological study that compares social and health indicators of the population of the state. The information came from the Live Births System (SINASC) of the Ministry of Health, from all live births to mothers residing in the state of Paraná, between 2011 and 2019, the last year with available information. Reporting on the social conditions of the locality demonstrates the needs and characteristics of women residents, and contributes to the continuous design of the profile of pregnant women in order to contribute to the construction and evaluation of new health programs for women and children, and targeting of care the needs of the population served. We emphasize that teenage mothers become a vulnerable group, as many have low education followed by school dropouts, and generally belong to social classes with less access to information, so they must receive care that prioritizes their needs.

Keywords: Pregnancies; Births; SINASC; Paraná.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo analizar el perfil sociodemográfico de los embarazos y nacimientos ocurridos en el estado de Paraná entre 2011 y 2019. Se trata de un estudio ecológico que compara indicadores sociales y de salud de la población del estado. La información provino del Sistema de Nacidos Vivos (SINASC) del Ministerio de Salud, de todos los nacidos vivos a madres residentes en el estado de Paraná, entre 2011 y 2019, último año con información disponible. Informar sobre las condiciones sociales de la localidad evidencia las necesidades y características de las mujeres residentes, y contribuye al diseño continuo del perfil de la gestante para contribuir a la construcción y evaluación de nuevos programas de salud para mujeres y niños, y focalización de atender las necesidades de la población atendida. Destacamos que las madres adolescentes se convierten en un grupo vulnerable, ya que muchas tienen baja escolaridad seguida de deserción escolar, y generalmente pertenecen a clases sociales con menor acceso a la información, por lo que deben recibir una atención que priorice sus necesidades.

Palabras clave: Embarazos; Nacimientos; SINASC; Paraná.

1. Introdução

As condições de vida e sobrevivência do neonato após o parto dependem de vários fatores, entre eles os cuidados realizados durante o pré-natal, condições de parto, nascimento com o peso e idade gestacional ideal, idade materna, condições sócias econômicas da mãe, além de sua escolaridade e ocupação profissional, e indicadores de saúde predominantes na região do nascimento (Zambonato et al., 2004).

A duração de uma gravidez normal é de 280 dias, aproximadamente 40 semanas (Farias & Moré, 2012). Na gravidez podem surgir complicações que demandam acompanhamento médico mais criterioso, como sangramentos que podem levar a um aborto espontâneo, hiperêmese gravídica que causa vômitos excessivos e náuseas muito fortes, infecção do trato urinário causando dor e ardor ao urinar e presença de sangue na urina, gravidez ectópica, pré-eclâmpsia com alterações na pressão arterial da mãe após a 20ª semana de gravidez, diabetes gestacional (Zambonato et al., 2004)

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde (MS) se baseia nos dados da Declaração de Nascidos Vivos (DN), um documento oficial, aprovado pela Lei 12.662 de junho de 2012, e padronizado para todo país, cujo preenchimento é obrigatório nos hospitais ou demais instituições que realizam partos, e também nos cartórios de registros civil, caso o parto ocorra em domicílios. Sua implantação foi gradual entre as unidades de federação divulgadas a partir de 1994, e através dela é possível obter um panorama epidemiológico mais detalhado das condições de saúde materno infantil (Brasil, 2001, 2021).

A grande dificuldade do SINASC é o preenchimento correto da declaração do nascido vivos, criando dificuldades na mensuração e qualidade das informações coletas pelo sistema. Devido as deficiências apresentadas, o grande desafio começa nas instituições reconhecerem a importância da coleta dessas informações, para garantir a comparabilidade dos dados e a qualidade da completude dos dados (Brasil, 2001).

O programa de saúde Rede Mãe Paranaense começou em 2012, tendo como objetivo garantir o acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e qualidade na gestação, parto e puerpério as crianças menores de um ano de idade. O público-alvo são as mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade. De acordo com dados do SINASC, em 2016 nasceram no Paraná 155.048 crianças. Embora a Rede Mãe Paranaense tenha como público alvo mulheres e crianças, é importante destacar que ações implantadas deverão promover a qualidade de vida de toda a família paranaense.

Os cuidados na gravidez, como o pré-natal são muito importantes pois reduzem a mortalidade no parto e puerpério, o número de abortos espontâneos, a mortalidade de recém-nascidos e morte prematuras, o número de partos prematuros e diminuem o número de recém-nascidos de baixo peso (Brasil, 2012).

A assistência do profissional de saúde durante a gestação atua na orientação sobre os aspectos específicos da gravidez, escolha de hábitos saudáveis de nutrição, sobre os cuidados sobre a criança, importância o vínculo entre mãe, pai e filho, o aleitamento materno e o acompanhamento a vacinação e prevenção de acidentes na infância (Costa et al., 2006).

Dada a importância de conhecer o público alvo e as necessidades de cada população para que os serviços de saúde adequados sejam ofertados a essas pessoas, o presente artigo tem como objetivo analisar o perfil sócio demográfico das gestações e nascimentos ocorridos no estado do Paraná entre os anos de 2011 a 2019.

2. Metodologia

Este é um estudo do tipo ecológico, que compara indicadores sociais e de saúde da população, no estado do Paraná. As informações foram provenientes do SINASC, para todos os nascidos vivos de mães residentes no estado Paraná, entre os anos de 2011 a 2019, último ano com informações disponíveis.

A forma de agrupamento das variáveis obedeceu a disponibilidade das informações do sistema e foram construídos os seguintes indicadores que representam o risco para a saúde da mãe e do recém-nascido: características socioeconômicas: idade

da mãe, sendo considerada adolescente com menos de 20 anos; mãe com baixa escolaridade as que estudaram por menos de oito anos; perfil da gestação: prematuridade, quando o parto ocorria com menos de 37 semanas de gestação; número insuficiente de consultas de pré-natal menor que seis, como preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (Brasil, 2000a); tipo de parto; e perfil do recém-nascido: segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) os neonatos são classificados de baixo peso (< 2500g), de peso insuficiente (2500-2999g) e peso adequado (> 3000g) (WHO, 2019); baixa vitalidade do RN (Apgar no quinto minuto < oito) e presença ou não de anomalia congênita.

Após a coleta os dados foram tabulados, apresentados e posteriormente analisados de forma descritiva através da porcentagem dos dados.

O estudo respeitou os aspectos éticos não utilizando nenhuma forma de identificação dos participantes. De acordo com os pressupostos da Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016), que regulamenta as pesquisas com informações de domínio público, o estudo dispensou o registro e avaliação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

3. Resultados e Discussão

Entre os anos de 2011 e 2019 no Paraná, nasceram em média 156.212 bebês por ano (Gráfico 1), de mães residentes nos Estado, sendo o ano de 2015 com maior número de nascidos vivos. Segundo o SINASC, no Brasil entre os anos de 2011 e 2019, nasceram em média 2.921.702 bebês por ano, sendo também o ano de 2015 com maior número de nascidos vivos com total 3.017.668 (Brasil, 2021).

Gráfico 1: Número de nascidos vivos por ano. Estado do Paraná, 2011 a 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores segundo dados do MS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

A faixa etária dos 20 aos 29 anos de idade predomina nas gestações declaradas nesse período (Gráfico 2).

Gráfico 2: Idade da mãe durante a gestação. Estado do Paraná, 2011 a 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores segundo dados do MS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Atualmente a primeira gestação se concentra na faixa etária dos 15 a 29 anos de idade, isso pode variar com as diferenças regionais, em regiões mais pobres os números de gestações são maiores em adolescentes, já em regiões mais desenvolvidas a primeira gestação frequentemente ocorre na faixa de 20 a 29 anos, e até mesmo gestações entre 30 a 39 anos (Costa et al., 2006).

A Tabela 1 apresenta o perfil materno das gestantes entre os anos de 2011 a 2019. Mais da metade das mulheres grávidas nesse período tinham de 8 a 11 anos de escolaridade, o que corresponde ao ensino fundamental (57,63%).

No Brasil a maioria das mulheres que engravidam na faixa dos 15 aos 19 anos abandonam os estudos, e isso pode ocorrer devido a fatores relacionados a responsabilidade de mãe em prover o sustento da criança, falta de apoio familiar, falta de apoio do pai da criança, e dificuldades em conciliar todas as tarefas da nova rotina (Sousa et al., 2018).

Sobre o estado civil, 39,59% das gestantes se declararam solteiras e 39,17% casadas nesse período (tabela 1). Hoje muitas mulheres optam ou tem a necessidade de serem mães solo, seja por uma reprodução independente, ou uma gravidez não planejada (Guimarães, 2010).

Os nove meses de gestação caracterizam a gravidez humana, contados desde a fecundação até o nascimento, sendo considerado normal o parto ocorrido com a média de 37 semanas a 40 semanas, tempo considerado de segurança materno-fetal, com exceção a gravidez de gêmeos, que podem nascer antes deste período (Guimarães, 2010). Em relação aos dados da gestação, no período analisado nesse artigo, 97,67% das gestações foram únicas, e 87,08% apresentaram tempo de gestação de 37 a 41 semanas, considerado o tempo adequado para uma gravidez normal, e 8,66% das gestações levaram a ocorrência de prematuridade, com tempo de 32 a 36 semanas (Tabela 1).

Quanto à adequação ao pré-natal o Ministério de Saúde recomenda o mínimo de seis consultas, com consultas mensais nos primeiros meses; duas consultas mensais entre a 34ª, até a 38ª semana, e após esse período até a ocorrência do parto, as consultas devem ser semanais (Brasil, 2012).

Nossos dados mostram que 9,10% das gestações tiveram o número inadequado dessas consultas, em 50,89% o acompanhamento ocorreu de forma adequada. O que chama a atenção é que em 32,90% das gestações, esse parâmetro não foi informado ao SINASC (Tabela 1). A grande dificuldade dos sistemas de informação relacionados a condições de saúde no Brasil, é que o preenchimento não ocorre de forma uniforme e correta por muitos profissionais da saúde responsáveis pelo por

esse trabalho, causando uma grande margem de erro na pesquisa e dificuldades em promover a saúde por conta dos dados inconsistentes (Romero & Cunha, 2007).

Sobre o tipo de parto, 62,01% ocorreram através de cesárias (tabela 1). O parto cesáreo pode ser planejado, usado em alguns casos, onde a mulher apresenta algumas condições de saúde consideradas de risco para a gestação e o parto, como hipertensão e gestação de múltiplos, descolamento de placenta e prolapso do cordão umbilical, tendo como benefício preservação a saúde da mãe e do bebê; porém apresenta desvantagens, pois a recuperação da mãe é mais lenta, podendo ocasionar infecção e hemorragia, risco de ruptura uterina e dor (Brasil, 2000a).

O parto normal deve ser incentivado porque ocorre de forma natural e é mais seguro para a saúde materna- fetal; a recuperação da mãe é bem mais rápida, não há risco de infecção e menor risco de o bebê apresentar problemas respiratórios (Brasil, 2000b). O Sistema Único de Saúde (SUS), propõe o projeto Rede Cegonha como principal estratégia para atendimento na rede pública de saúde a mulheres durante a gravidez, parto, pós-parto e atendimento ao recém-nascido até 2 anos de idade, com objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens e adolescentes (Brasil, 2006).

Tabela 1: Perfil materno e da gestação. Estado do Paraná, 2011 a 2019.

Característica	Variável	N (n total = 1.405.904)	%
Instrução da mãe	Nenhuma	3712	0,26%
	1 a 3 anos	26798	1,90%
	4 a 7 anos	237667	16,90%
	8 a 11 anos	810337	57,63%
	12 anos ou mais	322343	22,92%
	Ignorado	5047	0,35%
	Total	1.405.904	100%
Estado civil	Solteira	556613	39,59%
	Casada	550829	39,17%
	Viúva	2877	0,20%
	Separada	18146	1,29%
	União consensual	270427	19,23%
	Ignorado	7012	0,49%
	Total	1.405.904	100 %
Duração da gestação	Menos de 22 semanas	569	0,040%
	De 22 a 27 semanas	6477	0,46%
	De 28 a 31 semanas	13377	0,95%
	De 32 a 36 semanas	121885	8,66%
	De 37 a 41 semanas	1224367	87,08%
	42 semanas ou mais	25031	1,78%
	Ignorado	14198	1,00%
	Total	1.405.904	100 %
Tipo de gestação	Única	1373222	97,67%
	Dupla	30580	2,17%
	Tripla	937	0,06%
	Ignorada	1165	0,08%
	Total	1.405.904	100 %
Adequação quantidade de pré-natal	Não fez pré-natal	2860	0,20%
	Inadequado	127950	9,10%
	Intermediário	34858	2,47%
	Adequado	41361	2,94%
	Mais que adequado	715558	50,89%
	Não Classificados	20712	1,47%
	Não informado	462605	32,90%
	Total	1.405.904	100 %
Tipos de partos	Vaginal	533206	37,92%
	Cesário	871921	62,01%
	Ignorado	777	0,05%
	Total	1.405.904	100 %

Fonte: Elaborado pelos autores segundo dados do MS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Alguns procedimentos devem ser realizados nos recém-nascidos para garantir cuidados fundamentais ao nascimento. É realizado o teste do olhinho que pode diagnosticar problemas oftalmológicos, catarata e até câncer; teste da orelhinha ou teste de emissões para triagem auditiva; teste no coração; teste na língua, o teste do pezinho básico obrigatório pela Lei nº 13.002/2014 com a finalidade de diagnosticar doenças genéticas ou metabólicas (Brasil, 2000c).

A escala do Apgar avalia o estado geral e vitalidade do recém-nascido, sendo realizada no primeiro minuto após o nascimento, e repetida novamente cinco minutos após o parto, examinando os batimentos cardíacos, cor, respiração e reflexos naturais (Valentim, 2018). Relatamos que 87,77% dos neonatos apresentaram Apgar ao 1º minuto, de 8 a 10, e ao 5º minuto, 97,65% deles tiveram a mesma pontuação (Tabela 2).

Segundo a OMS, os recém-nascidos com peso menor que 2,500 gramas são considerados de baixo peso ao nascer, 2,500 a 2,999 gramas o peso é insuficiente, peso adequado quando apresentarem 3,000 gramas ou mais (WHO, 2019). Observamos que 7,16% dos bebês tinham baixo peso ao nascer, 23,42% nasceram com peso insuficiente, e 63,74% com peso adequado (Tabela 2).

O baixo peso recém-nascido, está extremamente ligado a má alimentação da mãe, que não disponibiliza nutrientes necessários para o bebê. Nas consultas pré-natal é feito devem ser feitas orientações sobre isso, mas algumas gestantes não dão muita importância, ou não apresentam condições financeiras de obter uma alimentação balanceada (Suzuki et al., 2007).

Tabela 2: Perfil do recém-nascido. Estado do Paraná, 2011 a 2019.

Característica	Variável	N (n total = 1.405.904)	%
Apgar 1º minuto	0 a 2	13239	0,94%
	3 a 5	39329	2,79%
	6 a 7	115859	8,2%
	8 a 10	1234029	87,77%
	Ignorado	3448	0,24%
	Total	1.405.904	100 %
Apgar 5º minuto	0 a 2	3.330	0,23%
	3 a 5	5.759	0,40%
	6 a 7	20.704	1,47%
	8 a 10	1.372.957	97,65%
	Ignorado	3.154	0,22%
	Total	1.405.904	100 %
Peso ao nascer	Menos de 500g	1518	0,10%
	500 a 999g	6575	0,46%
	1000 a 1499 g	10596	0,75%
	1500 a 2499 g	100747	7,16%
	2500 a 2999 g	329383	23,42%
	3000 a 3999 g	896229	63,74%
	4000g e mais	60760	4,32%
	Ignorado	96	0,006%
	Total	1.405.904	100 %
Anomalia congênita	Sim	9984	0,71%
	Não	1387975	98,72%
	Ignorado	7945	0,56%
	Total	1.405.904	100 %

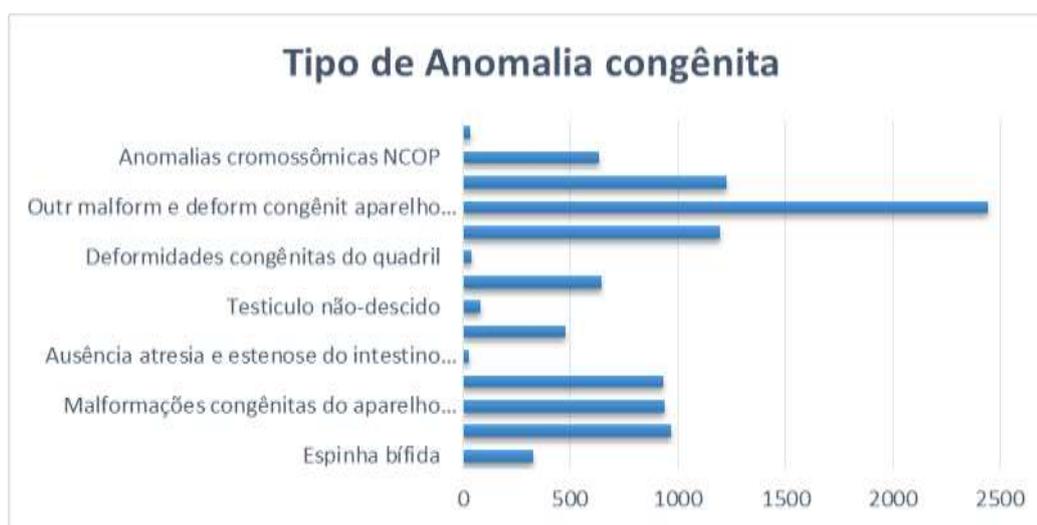
Fonte: Elaborado pelos autores segundo dados do MS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

As anomalias congênitas são alterações funcionais e estruturais no desenvolvimento do feto devido a causas genéticas, ambientais ou desconhecidas. O defeito pode não ser aparente no recém-nascido, sendo observados mais tarde, e constituem

uma das principais causas de mortalidade ao primeiro ano de vida em regiões com melhor assistência pré e perinatal e maior controle das doenças infectocontagiosas, pois muitas crianças precisam de mais de uma cirurgia corretiva, acarretando internações hospitalares e aumento do risco de intercorrências clínicas (Nhoncane et al., 2014).

Por fim, observamos que 98,72% dos neonatos não apresentaram nenhum tipo de anomalia congênita, e 0,71% possuía algum tipo (Tabela 2). O Gráfico 3 aponta que as anomalias congênitas mais comuns foram classificadas como malformações e deformidades do aparelho osteomuscular, que se apresentam como deformidades do aparelho osteomuscular que podem atingir apenas um segmento corporal de forma generalizada (Calone et al., 2009).

Gráfico 3: Tipo de anomalia congênita. Estado do Paraná, 2011 a 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores segundo dados do MS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

No Brasil, a partir de 2018 a notificação de anomalias e malformações congênitas se tornou compulsória, tornando os dados anteriores possivelmente imprecisos e subnotificados (BRASIL, 2018).

4. Considerações Finais

A gravidez é um importante assunto a ser tratado nas políticas públicas com uma abordagem precisa, pois os cuidados iniciados no período pré-natal podem diminuir drasticamente o perfil de mortalidade materno-fetal por causas evitáveis.

O banco de dados do SUS, em especial do SINASC tratado nesse artigo, fornecem variâncias importantes para conhecer e monitorar a situação de saúde da população de determinada região, identificar diferenças sociais e as necessidades de cada região, que irão interferir na qualidade de vida, de gestação, nascimento, educação e assistência à saúde materno-infantil, e o planejamento de ações de saúde que cada estado precisa.

Destacamos também a importância do preenchimento correto e atualizado dos sistemas relacionados ao DATASUS, para melhor observância dos parâmetros relacionados a saúde que permitirão a construção e avaliação de programas de saúde que de fato atendam o perfil da população usuária do sistema de saúde.

Frente aos resultados apresentados que demonstram que a distribuições relacionados as gestações no Paraná nos anos de 2011 a 2019, foram de acordo com o grupo etário das mulheres, de acordo com a necessidade e planejamentos das ações de saúde, a produção de políticas públicas para contribuir para redução de riscos as mães e ao neonato para um acompanhamento humanizado e digno para as mulheres gestantes de qualquer faixa etária.

Referências

- Brasil. (2000a). PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000. In *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
- Brasil. (2000b). *Portaria Nº 569/2000 - Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento*. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
- Brasil. (2000c). Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. In *Portaria Nº 569/2000*. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
- Brasil. (2001). Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. In *Ministério da Saúde : Fundação Nacional de Saúde* (p. 32). Ministério da Sade.
- Brasil. (2012). Atenção ao pré-natal de baixo risco. In *Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica*. (p. 318). Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br/editora>
- Brasil. (2016). Resolução CNS nº 510. In *Conselho Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Saúde*. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Brasil. (2021). *TabNet Win32 3.0: Nascidos vivos - Brasil*. Ministério Da Saúde. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
- Brasil. (2006). Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada . In *Manual Técnico* (p. 163). Ministério da Saúde.
- Calone, A., Madi, J. M., Araújo, B. F. de, Zatti, H., Madi, S. R. C., Lorencetti, J., & Marcon, N. O. (2009). Malformações congênitas: aspectos maternos e perinatais. *Rev. AMRIGS*, 53(3), 226–230.
- Costa, A. M., Guilhem, D., & Silver, L. D. (2006). Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(1), 75–84. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292006000100009>
- Farias, R. de, & Moré, C. O. O. (2012). Repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 596–604. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000300020>
- Guimarães, M. da G. V. (2010). *Vida familiar e profissional : desafios e perspectivas*. EDUA, Universidade Federal do Amazonas.
- Nhoncane, G. C., Germano, C. M. R., Avó, L. R. da S. de, & Melo, D. G. (2014). Aspectos maternos e perinatais dos defeitos congênitos: um estudo caso-controlado. *Revista Paulista de Pediatria*, 32(1), 24–31. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822014000100005>
- Romero, D. E., & Cunha, C. B. da. (2007). Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 701–714. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300028>
- Sousa, C. R. de O., Gomes, K. R. O., Silva, K. C. de O., Mascarenhas, M. D. M., Rodrigues, M. T. P., Andrade, J. X., & Leal, M. A. B. F. (2018). Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. *Cadernos Saúde Coletiva*, 26(2), 160–169. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800020461>
- Suzuki, C. M., Esther, M., Ceccon, J., Falcão, M. C., & Adolfo Costa Vaz, F. (2007). Análise comparativa da frequência de prematuridade e baixo peso entre filhos de mães adolescentes e adultas. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*, 17(3), 95–103.
- Valentim, T. G. S. (2018). Impacto da gravidez na adolescência nos resultados perinatais: uma revisão integrativa. In *Monografia - Universidade Federal do Maranhão* (p. 58).
- WHO. (2019). *ICD-11: International Classification of Diseases*. World Health Organization. <https://icd.who.int/en>
- Zambonato, A. M. K., Tavares, R. P., Horta, B. L., & Tomasi, E. (2004). Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. *Rev Saúde Pública*, 38(1), 24–29. www.fsp.usp.br/rsp