

Rede Cegonha: acompanhamento de mães adolescentes e seus bebês em hospital público do Rio de Janeiro

Rede Cegonha: monitoring of teenagers mothers and her babies in a public hospital in Rio de Janeiro

Resumo

Objetivo: análise de indicadores materno-infantis relacionados à Rede Cegonha em hospital público do Rio de Janeiro.

Métodos: estudo retrospectivo dos prontuários de gestantes adolescentes e seus bebês, por meio de questionário estruturado.

Resultados: a maior parte das adolescentes morava com o companheiro, possuía Ensino Fundamental completo e frequentava escola. O pré-natal foi adequado na maioria das pacientes. As intercorrências mais relatadas foram: gemelaridade, toxoplasmose, infecção pelo HPV e/ou HIV. O índice de cesáreas foi elevado. Em relação aos bebês, a maioria nasceu com boa vitalidade e adequados para a idade gestacional. As principais complicações foram: malformação fetal, prematuridade, sofrimento fetal e infecções congênitas. A taxa de aleitamento materno exclusivo por seis meses foi baixa. A maioria manteve acompanhamento ambulatorial no hospital de nascimento e obteve crescimento e desenvolvimento adequados, além da caderneta de vacinação atualizada.

Conclusão: a Rede Cegonha permite a captação precoce das adolescentes através do acesso facilitado ao pré-natal, minimizando o risco de complicações evitáveis e facilitando vínculo entre a mãe e o profissional, com consequências positivas para o bebê por meio de melhor acompanhamento deste no serviço de saúde.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Saúde materno-infantil. Saúde da criança. Saúde do adolescente.

**Danillo Gonçalves de Barros¹
Olga Maria Bastos²
Ana Cláudia Mamede Wiering de Barros³**

¹ Residência médica em Pediatria. Médico pediatra pelo Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz.

² Doutora em Saúde da Criança e da Mulher. Chefe do Ambulatório de Adolescentes do Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz.

³ Doutora em Ciências da Saúde. Médica do Ambulatório de Infectologia Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz.

Instituição:

Instituto Nacional de Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz

Correspondência:

danillo107@gmail.com

Recebido em: 31.10.2016

Aprovado em: 28.11.2016

Abstract

Objective: analysis of maternal and child indicators related to Rede Cegonha.

Methods: retrospective study of medical records of pregnant adolescents and their babies, with data collected and placed in a structured questionnaire.

Results: most of the teenagers lived with partner, had complete primary education and were attending school. Prenatal care was adequate in most patients. The most frequently reported events were: twin pregnancy, toxoplasmosis, infection by HPV and/or HIV. Cesarean delivery level was high. With regard to babies, most were born with good vitality and appropriate for gestational age. The main complications of babies were fetal malformation, premature birth, fetal distress and congenital infections. Most remained in outpatient treatment. Exclusive breastfeeding for six months was uncommon. Most children achieved proper growth and development, and were fully immunized, as indicated by immunization cards.

Conclusion: Rede Cegonha allows early identification of teenagers through easy access to prenatal care, minimizing the risk of preventable complications and creating easy connection between mother and professional, with overall positive consequences for the baby through better monitoring in the health service.

Keywords: Pregnancy in adolescence. Maternal and child health. Child health. Adolescent health.

Introdução

A adolescência é uma etapa do ciclo da vida marcada por profundas modificações orgânicas e psicossociais. Sendo um período de experimentos, muitas vezes com pouca responsabilidade, é considerado uma época de maior vulnerabilidade aos riscos, aí inclusos os advindos das relações sexuais sem proteção, seja para doenças sexualmente transmissíveis (DST), Aids ou gravidez. Se este período de transição se dá de forma paulatina, a maternidade na adolescência modifica este processo, sendo a adolescente remetida rapidamente ao mundo adulto, muitas vezes sem estar preparada para isto. Constitui-se em situação de crise, por implicar simultaneamente em dois fenômenos do desenvolvimento humano, plenos de

conflitos decorrentes de aspectos psicossociais: a adolescência e a gestação.¹

O final do século XX foi marcado por mudanças nos padrões do exercício da sexualidade, repercutindo em um aumento da gravidez na adolescência, que vem sendo considerado um problema de saúde pública não somente no Brasil como em vários países. Esta preocupação decorre principalmente do aumento do número de gestações nesta faixa da população, apesar da diminuição da taxa de fecundidade geral nas mulheres brasileiras.²

Ao compararmos as adolescentes que têm filhos com as que não os têm, as primeiras apresentam maior possibilidade de pobreza, de separação do companheiro e de recebimento de salários mais baixos. Além disso, em territórios

de pobreza e violência, a maternidade solitária pode ainda ser motivada pelo encarceramento dos pais, ou pela viuvez precoce. As consequências negativas da gravidez na adolescência também podem repercutir no pai, com aumento da evasão escolar, menor remuneração do trabalho e aumento do estresse. Outra questão que deve ser considerada diz respeito aos filhos de adolescentes, já que a falta de um vínculo adequado entre a mãe e o seu bebê determina um fator de vulnerabilidade a determinados agravos à saúde, especificamente maus-tratos à criança, sendo a negligência o tipo mais frequente.^{3,4,5}

A gravidez na adolescência comprovadamente aumenta os riscos de mortalidade da adolescente durante a gestação e de seus filhos, tanto no período

neonatal como nos primeiros dois anos de vida. De acordo com dados da Rede Nacional da Primeira Infância,⁶ os óbitos de filhos e filhas de mães adolescentes representam 20% da taxa de mortalidade infantil.

Estas complicações descritas podem ser prevenidas com um pré-natal adequado, o que várias vezes não acontece, seja por questões que dizem respeito à própria adolescente, que deseja esconder a gravidez, seja pela inexistência de serviços apropriados. O atendimento às adolescentes deve considerar as características desta etapa da vida, minimizando não somente as questões clínicas, mas também aquelas provenientes de aspectos psicossociais.⁷

Os organismos de saúde nacionais e internacionais preconizam um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que proporcione às gestantes e a seus bebês uma assistência humanizada de qualidade, com acesso às práticas de saúde baseadas em evidências científicas e o reconhecimento do binômio mãe-filho como protagonista do cenário. Dessa forma, haveria integração das ações e serviços de saúde para possibilitar a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno-infantil.⁸

Diversas ações em saúde foram criadas desde 2000, visando atender a essa demanda do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre elas a Rede Cegonha. Esta é uma estratégia do Ministério da Saúde (MS), lançada em 2011, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, do nascimento até os dois anos de idade. Esse programa é avaliado através de comitês e grupos instituídos pelo próprio MS, sendo estruturado a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico. Tem como

diretrizes o acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; a vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e ao transporte seguro; as boas práticas e segurança na atenção ao parto e ao nascimento; a atenção à saúde da criança de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade; e o acesso às ações de planejamento reprodutivo.^{9,10}

Este trabalho se propôs a analisar indicadores de saúde materno-infantis estratégicos para a Rede Cegonha em um hospital da rede pública no Rio de Janeiro.

Método

Foi realizado um estudo observacional, transversal, no período de março de 2014 a junho de 2015, em um hospital público da Cidade do Rio de Janeiro, que oferece serviço especializado no atendimento a mulheres com gestações consideradas de risco e seus bebês.

Os sujeitos da pesquisa foram gestantes adolescentes, entre 10 a 19 anos, que iniciaram o pré-natal no hospital do estudo entre junho de 2012 a dezembro de 2013 (totalizando 319 prontuários), além de seus filhos. Foram excluídos do trabalho: as gestantes adolescentes cuja gravidez resultou em abortamento, óbito fetal e natimorto, assim como aquelas que abandonaram o pré-natal e cujos prontuários apresentavam dados incompletos ou ausentes sobre o parto. Em relação aos bebês, foram excluídos aqueles que não nasceram ou não foram acompanhados no hospital em questão. Oito prontuários não foram localizados. Ao final, foram considerados válidos para o estudo 153 prontuários.

A coleta de dados foi realizada por meio de análise retrospectiva dos prontuários das gestantes adolescentes e seus bebês, através de um questionário

estruturado. Neste, as informações sobre as gestantes adolescentes foram registradas da primeira consulta de pré-natal até o parto, enquanto as informações sobre os bebês foram registradas do nascimento até os dois anos de idade.

As seguintes variáveis foram consideradas em relação às gestantes adolescentes: idade, com quem residia, escolaridade (grau e frequência escolar), existência ou não de trabalho, número de filhos, idade na primeira gestação, pré-natal (encaminhamento, idade gestacional de início, número de consultas, intercorrências) e tipo de parto.

Em relação aos bebês, foram consideradas as variáveis: sexo, condições de nascimento (Apgar, peso, adequação da idade gestacional, intercorrências) e puericultura (se foi acompanhado no hospital da pesquisa, número de consultas, aleitamento materno, imunizações, crescimento e desenvolvimento).

A análise dos dados foi realizada a partir da interpretação dos resultados obtidos através dos questionários, sendo utilizado o programa Epi Info 7 para tabulação dos dados.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde foi realizada, sob o CAAE número 1208/12.

Resultados

As gestantes adolescentes (Tabela 1) encontravam-se, em sua maioria, entre 15 e 17 anos. Quase metade dos prontuários não informou com quem a adolescente residia e, quando mostrado, a maioria (43,14%) morava com o companheiro. Quase 65% frequentavam a escola, sendo que mais da metade delas possuía ao menos o Ensino Fundamental completo. A grande maioria trabalhava e estava em curso da primeira gestação. Mais de 80% delas eram primigestas e tinham entre

15 e 18 anos ao nascimento do primeiro filho. Aproximadamente 60% dos prontuários não informaram se o pré-natal foi iniciado no hospital da pesquisa ou se as gestantes haviam sido encaminhadas de outro pré-natal. Mais da metade iniciou o pré-natal a partir da 17ª semana de gestação, sendo que a maioria compareceu a mais de cinco consultas. Diversas intercorrências foram encontradas durante o pré-natal, sendo a mais prevalente a gemelaridade. Contudo, metade das gestantes adolescentes não apresentou qualquer complicação. Quanto ao tipo de parto, 56,21% realizaram parto vaginal e 42,48% cesáreo.

Já em relação aos bebês (Tabela 2), nasceram 56,2% de meninos e 43,8% de meninas, a grande maioria com boa vitalidade avaliada pelo índice de Apgar e adequada para a idade gestacional. Apenas 24,8% desses bebês foram considerados de baixo peso ao nascer. As principais complicações apresentadas pelos recém-nascidos foram: malformação fetal, prematuridade, sofrimento fetal e infecções congênitas, como toxoplasmose, HPV e HIV. Aproximadamente 85% dos bebês mantiveram acompanhamento ambulatorial no hospital do estudo, com quase metade deles realizando seis ou mais consultas de puericultura até o segundo ano de vida. O aleitamento materno exclusivo por seis meses foi mantido em apenas 18,3% dos bebês. A maioria das crianças obteve crescimento e desenvolvimento adequados para a idade e manteve a caderneta de vacinação atualizada.

Discussão

A partir da compreensão de que as mortalidades materna e infantil permanecem elevadas, num território onde predomina a intensa medicalização do nascimento e uso de tecnologias que

não têm evidência científica, como as cesáreas e intervenções desnecessárias do parto, temos um paradoxo perinatal. Assim, a Rede Cegonha surge como uma possibilidade de reformulação do modelo de assistência ao parto e nascimento, em que as tecnologias não sejam usadas de forma banalizada, mas, sim, a partir de evidências concretas e protocolos bem definidos.^{11,12}

Segundo Cerqueira Santos,⁵ a maior parte dos episódios de gravidez para a população adolescente acontece no contexto de um relacionamento afetivo. Em nosso estudo, grande parte dessas mães já morava com seus respectivos companheiros, porém não se conseguiu verificar se essa mudança no estilo de vida (sair da casa dos pais) decorreu do fato de estarem grávidas ou se deu por motivos externos. Também não foi possível afirmar se o fato de morar com companheiro necessariamente excluía morar também com os pais ou com algum familiar no mesmo domicílio.

Quanto aos aspectos socioeconômicos, o presente estudo mostrou que a maioria ainda frequentava escola, possuía Ensino Fundamental completo e não realizava atividades laborativas no momento da pesquisa, o que sugere baixa evasão escolar, apesar da gravidez. Esses resultados vão de encontro à literatura: Cerqueira Santos⁵ cita em seu artigo dados da pesquisa GRAVAD,¹³ na qual 42,1% das adolescentes que tiveram filhos não frequentavam mais a escola durante a gravidez e 62,6% das adolescentes, ao nascimento do primeiro filho, já estavam fora do mercado de trabalho. Entretanto, afirmar que a gestação seria a causa do abandono escolar não é possível, pois outros trabalhos mostram que parcela considerável dessas gestantes adolescentes já havia abandonado os estudos anteriormente à gravidez.^{14,15}

Quanto mais jovem, mais tardiamente as adolescentes identificam a gravidez, atrasando a procura por serviços de saúde.⁶ Nesta pesquisa, a maioria das adolescentes era primigesta, iniciou o pré-natal no segundo trimestre de gravidez, mas realizou número mínimo adequado de consultas, evidenciando o cuidado com a saúde das mães e seus bebês no período gestacional. Há pouca informação sobre a origem dessas mães, pois não foram encontrados dados na maioria dos prontuários se as mesmas vieram encaminhadas ou não de outro pré-natal, ou seja, se já tiveram acesso a outros atendimentos externos anteriormente.

Trabalhos apontam os riscos da gravidez na adolescência tanto para as mães (pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, anemia, infecção urinária ou vaginal e parto prematuro) quanto para os bebês (prematuridade e baixo peso), por isso a gestação nessa faixa etária é considerada de risco, especialmente nas meninas entre 10 e 15 anos de idade.^{3,4} Como o hospital em que foi realizada a pesquisa recebe gestantes com gravidez de alto risco, é esperado que complicações durante a gestação, parto e puerpério sejam mais frequentes do que em outras unidades. Assim, constatou-se um número elevado de intercorrências durante a gestação, sendo a gemelaridade e infecção por doenças transmissíveis, como toxoplasmose, HPV e HIV, as mais comuns apontadas por esse estudo. Todavia, desde que seja feito um pré-natal adequado, as complicações se igualam às demais gestantes.⁷

Em relação ao tipo de parto, observou-se que a frequência das cesáreas continua elevada, mesmo num hospital que preza pelo atendimento humanizado. Segundo recomendação do MS e da Organização Mundial da Saúde (OMS),⁸ a proporção de cesáreas deve corresponder a aproximadamente 15%

do total de partos e este procedimento deve ser realizado somente se houver riscos à mãe ou ao bebê. Desta forma, é preciso pensar que o aumento de cesáreas neste estudo pode estar relacionado ao perfil gestacional de risco das pacientes, o que muitas vezes inviabiliza o parto normal, optando pelo parto cesáreo de forma a minimizar complicações evitáveis para a mãe o bebê, obtendo melhor custo-benefício para ambos.

Em relação aos bebês das adolescentes, observou-se que a maioria das crianças nasceu com boas condições de vitalidade, conforme verificado pelo boletim de Apgar. Segundo alguns estudos, a gravidez na adolescência tem associação com o baixo peso ao nascer.^{16,17} Neste trabalho, os valores deste indicador se assemelham aos encontrados nas pesquisas.

Segundo revisão sistemática de Azevedo e colaboradores,¹⁸ a prematuridade e o baixo peso ao nascer são as principais complicações neonatais relacionadas à gravidez na adolescência. Em nossa pesquisa, essas complicações apresentaram-se com valores acima dos encontrados naquela revisão, apesar de ainda manterem-se menores do que a principal complicação aqui encontrada, que foi a malformação congênita. É oportuno lembrar que é uma peculiaridade do hospital do estudo receber um grande número de gestantes, independentemente da faixa etária, encaminhadas de outras unidades, cujas malformações fetais já foram detectadas previamente, justificando assim os valores encontrados.

A maioria dos bebês foi acompanhada logo após o nascimento, por meio de consultas de puericultura e dos serviços ambulatoriais especializados, quando necessários. Contudo, não foi possível verificar, em muitos casos, a idade exata de cada criança quando realizou esse acompanhamento devido

às informações incompletas nos prontuários. Além disso, os recém-nascidos sem complicações poderiam ser diretamente encaminhados para consultas de puericultura na unidade básica de saúde de referência dos pais. Por ser um hospital terciário, a captação de crianças pela Pediatria é mais restrita, já que procura atender prioritariamente àquelas que necessitam de acompanhamento especializado e/ou multiprofissional.

Um fator preocupante para o crescimento e desenvolvimento dos bebês foi o índice de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo abaixo dos valores considerados satisfatórios pela OMS.¹⁹ Embora no momento da alta da maternidade a porcentagem de recém-nascidos recebendo leite materno fosse elevada, os valores não se mantiveram constantes ao longo do tempo, sendo minoria as adolescentes que amamentaram seus bebês exclusivamente com leite materno até os seis meses de vida. Apesar dos esforços, o aleitamento materno exclusivo ainda é uma prática pouco frequente e de curta duração. Esses resultados mostram a necessidade de rever a efetividade das medidas de proteção, promoção e apoio continuado, observando com atenção especial os filhos de mães adolescentes, socialmente mais vulneráveis.²⁰

Neste estudo, o crescimento e desenvolvimento das crianças atingiram valores satisfatórios, a partir das avaliações realizadas pelos pediatras ao longo das consultas de puericultura. Nessas consultas também foi possível verificar se a caderneta da criança se mantinha com as vacinas atualizadas, de acordo com o Programa Nacional de Imunização do MS.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Como se trata de uma pesquisa realizada com base em informações contidas em prontuários médicos, encontramos dificuldade de leitura

devido à letra ilegível, além de informações incompletas ou ausentes sobre determinados indicadores, especialmente em relação às consultas de puericultura, bem como a não localização de alguns prontuários, prejudicando a análise.

A partir da identificação de fatores relacionados à saúde materno-infantil, é possível o planejamento de ações para a reestruturação e melhoria da assistência à gestante e aos recém-nascidos, visando à redução da mortalidade nessa população.²¹ Entretanto, o hospital em questão não dispõe de um relatório com dados que possam ser enviados ao MS sobre a Rede Cegonha e seu funcionamento.

Conclusão

A Rede Cegonha é um programa que visa à melhoria do atendimento às mulheres durante a gravidez, no parto e no pós-parto, assim como ao recém-nascido e às crianças até dois anos de idade, por meio da maior disponibilidade de atendimento no pré-natal, da garantia de realização de todos os exames necessários, do encaminhamento para atendimento se houver alguma complicação durante a gravidez e da vinculação da gestante à maternidade de referência para o parto.

Os fatores analisados neste estudo reforçam a importância da Rede Cegonha como estratégia útil de gestão, porém há a necessidade da organização de trabalhos para sua avaliação, de forma a otimizar os cuidados com as gestantes e seus bebês. A melhoria da prestação dos serviços de saúde ainda é um desafio, uma vez que existem falhas quanto à cobertura, à qualidade e à continuidade da atenção.

Através da captação precoce das adolescentes pelo acesso facilitado ao pré-natal, a Rede Cegonha possibilita um número mínimo adequado de

Tabela 1 – Variáveis analisadas referentes às gestantes adolescentes que realizaram pré-natal e parto entre junho de 2012 a dezembro de 2013, no hospital de estudo, Rio de Janeiro – Brasil

	N	%
Idade de matrícula na maternidade:		
<14 anos	7	4,58
14 anos	13	8,50
15 anos	27	17,65
16 anos	42	27,45
17 anos	37	24,18
18 anos	26	16,99
>18 anos	1	0,65
Quem reside com a gestante:		
Companheiro	66	43,14
Mãe	13	8,50
Pai	5	3,27
Família paterna	2	1,31
Família materna	2	1,31
Filho	2	1,31
Outros	5	3,27
Não informado	70	45,75
Frequenta escola?		
Sim	98	64,05
Não	55	35,95
Escolaridade:		
Analfabeto/até 3º ano incompleto	2	1,31
Até 4º ano	58	37,91
Ensino Fundamental completo	78	50,98
Ensino Médio completo	5	3,27
Não informado	10	6,54
Trabalha?		
Sim	8	5,23
Não	139	90,85
Não informado	6	3,92
Número de filhos:		
1 filho	128	83,66
2 filhos	23	15,03
Não informado	2	1,31
Idade quando teve o primeiro filho:		
<14 anos	5	3,27
14 anos	13	8,50
15 anos	31	20,26
16 anos	39	25,49
17 anos	38	24,84
18 anos	23	15,03
>18 anos	4	2,61

	N	%
Idade gestacional no início do pré-natal?		
<12 semanas	21	13,73
12 a 16 semanas	36	23,53
>17 semanas	94	61,44
Não informado	2	1,31
Encaminhada de outro pré-natal?		
Sim	29	18,95
Não	31	20,26
Não informado	93	60,78
Número de consultas de pré-natal:		
Até 5 consultas	28	18,30
6 ou mais consultas	122	79,74
Não informado	3	1,96
Intercorrências durante o pré-natal?		
Gemelaridade	16	10,46
Toxoplasmose	10	6,54
Infecção pelo HPV	8	5,23
Infecção pelo HIV	8	5,23
Infecção urinária	7	4,58
Pré-eclâmpsia	6	3,92
Incompatibilidade sanguínea	5	3,27
Sífilis	5	3,27
Oligodramnia	2	1,31
Hemorragia	2	1,31
Sobrepeso	1	0,65
Insuf. uterina	1	0,65
DPP	1	0,65
Rubéola	1	0,65
Outras DST	1	0,65
CMV	1	0,65
Diabetes gestacional	1	0,65
Sem intercorrências	77	50,32
Tipo de parto		
Vaginal	86	56,21
Cesárea	65	42,48
Não informado	2	1,31
Total	153	100

consultas e, dessa forma, minimiza o risco de complicações evitáveis. É de suma importância reforçar toda a rede de atenção para esse acolhimento, inclusive nos hospitais terciários, para que estes estejam aptos a atender e acompanhar essa população durante o

processo, que muitas vezes não se restringe apenas ao momento do parto, especialmente tratando-se de um grupo de risco. A garantia de acesso e atendimento cria vínculos que facilitam o acompanhamento dos bebês após o nascimento, garantindo atendimento

multidisciplinar adequado, crescimento e desenvolvimento saudáveis até os dois anos de idade. Assim, os profissionais de saúde estarão mais preparados para acolher a gestante adolescente e a criança, e atendê-los com segurança e cuidado mais humanizado.

Tabela 2 – Variáveis analisadas referentes aos bebês nascidos entre junho de 2012 a dezembro de 2013, e acompanhados até os dois anos de idade no hospital de estudo, Rio de Janeiro – Brasil

	N	%
Sexo:		
Masculino	86	56,21
Feminino	67	43,79
Apgar no 1º minuto de vida:		
0 a 3	7	4,58
4 a 6	17	11,11
7 a 10	127	83,01
Não informado	2	1,31
Apgar no 5º minuto de vida:		
0 a 3	0	0,00
4 a 6	5	3,27
7 a 10	148	96,73
Adequação peso/idade gestacional:		
PIG	16	10,46
AIG	119	77,78
GIG	5	3,27
Não informado	13	8,50
Baixo peso ao nascer?		
Sim	38	24,84
Não	110	71,90
Não informado	5	3,27
Intercorrências ao nascimento:		
Malformação congênita	21	13,73
Prematuridade	19	12,42
Sofrimento fetal	3	1,96
Infecção congênita	3	1,96
Asfixia	2	1,31
DHPN	1	0,65
Sem intercorrências	104	67,97
Acompanhamento no hospital onde nasceu?		
Sim	130	84,97
Não	23	15,03
Número de consultas registradas até o 2º ano de vida:		
1 a 3 consultas	41	27,15
4 a 6 consultas	36	23,84
Mais de 6 consultas	74	49,01

	N	%
Aleitamento materno na alta da maternidade?		
Sim	129	84,31
Não	20	13,07
Não informado	4	2,61
Aleitamento exclusivo por seis meses?		
Sim	28	18,30
Não	88	57,52
Não informado	37	24,18
Tempo de amamentação:		
Não amamentou	40	26,14
Até 3 meses	15	9,80
De 4 a 6 meses	52	33,99
Mais de 6 meses	1	0,65
Não informado	45	29,41
Crescimento adequado?		
Sim	138	90,20
Não	5	3,27
Não informado	10	6,54
Desenvolvimento adequado?		
Sim	131	85,62
Não	13	8,50
Não informado	9	5,88
Vacinas atualizadas?		
Sim	110	71,90
Não	20	13,07
Não informado	23	15,03
Total	153	100

REFERÊNCIAS

- 1 Hernandez AG, Uría RMA, Rojas ARG, González AC. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. *Rev Cubana Pediatr.* 2000;72(1):54-9.
- 2 Santos Junior JD. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: Schor N, Mota MSFT, Branco VC. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento.* Ministério da Saúde. Brasília. 1999 ago;223-9.
- 3 Pasqualini D, Llorens A. Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires. 2010. 1. ed.
- 4 Pontes LC, Sousa WS, Oliveira DC, Pedreira IQ, Costa SM. As implicações da gravidez na adolescência: uma revisão bibliográfica. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI.* 2012;5(1):55-60.
- 5 Cerqueira-Santos E, Aludo SS, Dei Schiro EDB, Koller SH. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. *Psicol Estud.* 2010;15(1):73-85.
- 6 Instituto da Infância. Rede Nacional da Primeira Infância. Primeira infância e gravidez na adolescência. IFAN-RNPI; 2013/14 [acesso em 24 dez 2016]. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Cartilha-Gravidez-Adol-FINAL-HD.pdf>.
- 7 Guimarães EB. Gravidez na adolescência: fatores de risco. São Paulo: Atheneu; 2001.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde.* MS; 2010 [acesso em 24 dez 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2000. Seção 1, 4 p.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança: Rede Cegonha.* MS; 2015.
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. MS; 2011 [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062.
- 12 Cavalcanti PCS, Gurgel Junior GD, Vaconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis.* 2013;23(4):1297-316.
- 13 Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. GRAVAD – Gravidez na adolescência. Gênero e sexualidade: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil (2006). Clam-IMS-Uerj; 2006 [acesso em 24 dez 2016]. Disponível em: <http://www.clam.org.br/destaque/conteudo.asp?infoid=59&sid=45>.
- 14 Figueiró AC. Condições de vida e saúde reprodutiva de adolescentes residentes na comunidade de Roda de Fogo, Recife. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2002;2(3):291-302.
- 15 Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(Suppl 2):S377-S388. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800019&lng=en.
- 16 Guimarães AMdN, Bettiol H, Souza Ld, Gurgel RQ, Almeida ML, Ribeiro ER, Goldaniv MZ, Barbieri MA. Is adolescent pregnancy a risk factor for low birth weight? *Rev Saúde Pública.* 2013;47(1):11-9.
- 17 Santos GHN, Martins MG, Sousa MS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(5):224-31.
- 18 Azevedo WF et al. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. *Einstein.* São Paulo. 2015 out-dez;13(4):618-626.
- 19 World Health Organization. Division of Child Health and Development. Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO: Genebra; 1991 [acesso em 24 dez 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62134/1/WHO_CDD_SER_91.14.pdf.
- 20 Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: MS; 2009 [acesso em 24 dez 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf.
- 21 Kassar SB, Melo AM, Coutinho SB, Lima MC, Lira PI. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. *J Pediatr.* 2013;89(3):269-77.