



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

AMANDA AGUIAR RESENDE

**GRAVIDEZ EM CRIANÇAS E PRÉ-ADOLESCENTES NO
BRASIL**

Brasília - DF
2021

AMANDA AGUIAR RESENDE

**GRAVIDEZ EM CRIANÇAS E PRÉ-ADOLESCENTES NO
BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Saúde
Coletiva.

Professora Orientadora: Prof.^a Maria Paula
do Amaral Zaitune

Brasília - DF
2021

AMANDA AGUIAR RESENDE

**GRAVIDEZ EM CRIANÇAS E PRÉ-ADOLESCENTES NO
BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Professora Doutora Maria Paula do Amaral Zaitune
DSC/FS/UnB

Professora Doutora Daphne Rattner
DSC/FS/UnB

Professora Doutora Flávia Silva Arbex Borim
DSC/FS/UnB

Brasília - DF
2021

RESUMO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo em que considerou-se a gravidez na faixa etária de até 14 anos de idade no Brasil. Foram realizados cálculos de frequência absoluta e frequência relativa e as variáveis utilizadas para descrição dos dados do SINASC foram: faixa etária, região de residência, instrução da mãe, estado civil da mãe, duração da gestação, tipo de gravidez, adequação quantitativa de pré-natal, consultas pré-natal, raça/cor, sexo, anomalia congênita, tipo de anomalia congênita e peso ao nascer. No Brasil, em 2019, foram registrados 2.849.146 Nascidos Vivos, destes, 19.333 meninas de até 14 anos deram à luz, sendo 3 casos em menores de 10 anos e 19.330 entre 10 e 14 anos. Aproximadamente 39% dos nascidos vivos foram na Região Nordeste, sendo a Bahia a maior proporção nesta região (24,1%). Na Região Norte, o Pará lidera com 44,2%, São Paulo com 42,3% na Região Sudeste, Paraná com 46,8% na Região Sul e 34,1% em Goiás, na Região Centro-Oeste. De todos os nascidos vivos de mães com até 14 anos, 97,3% não apresentaram anomalias congênitas. Dos 0,8% que tiveram declaração de anomalias, “outras malformações e deformidades congênitas do aparelho osteomuscular” (34,4%) foi a mais frequente, seguida de “outras malformações congênitas” (14,7%) e “deformidades congênitas dos pés” (12,3%). A frequência de gravidez em pré-adolescentes ainda é preocupante no Brasil, e é importante ressaltar que a gravidez em meninas com até 14 anos de idade é reconhecida como crime de estupro de vulnerável, independente se houve consentimento ou não. Além do risco físico já existente por serem jovens, esses casos acabam gerando outros riscos relacionados a traumas, como uma baixa procura por acompanhamento médico ou até mesmo uma tentativa desesperada por um aborto.

Palavras Chave: Gravidez; Nascidos Vivos; Estupro de vulnerável

ABSTRACT

This is a descriptive study in which pregnancy was considered in the age group of up to 14 years in Brazil. Calculations of absolute frequency and relative frequency were performed and the variables used to describe SINASC data were: age group, region of residence, mother's education, mother's marital status, duration of pregnancy, type of pregnancy, quantitative adequacy of prenatal care, prenatal consultations, race/color, sex, congenital anomaly, type of congenital anomaly and birth weight. In Brazil, in 2019, 2.849.146 live births were registered, of which 19.333 girls up to 14 years old gave birth, 3 cases in children under 10 years of age and 19.330 between 10 and 14 years old. Approximately 39% of live births were in the Northeast region, with Bahia being the highest proportion in this region (24,1%). In the North, Pará leads with 44,2%, São Paulo with 42,3% in the Southeast, Paraná with 46.8% in the South and 34,1% in Goiás, in the Midwest. Of all live births of mothers up to 14 years old, 97,3% did not present congenital anomalies. Of the 0.8% who had abnormalities, "other malformations and congenital deformities of the musculoskeletal system" (34,4%) was the most frequent, followed by "other congenital malformations" (14,7%) and "congenital deformities of the feet" (12,3%). The frequency of pregnancy in pre-adolescents is still worrying in Brazil, and it is important to emphasize that pregnancy in girls up to 14 years of age is recognized as a crime of rape of vulnerable people, regardless of whether there was consent or not. In addition to the existing physical risk because they are young, these cases end up generating other risks related to trauma, such as a low demand for medical follow-up or even a desperate attempt at an abortion.

Key words: Pregnancy; Live Births; Rape of vulnerable

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Proporção de Nascidos Vivos com até 14 anos de idade, por ano do nascimento e Região/Unidade da Federação, Brasil, 1994 a 2019-----

Figura 2. Proporção de Nascidos Vivos de mães com até 14 anos de idade, segundo estado civil da mãe, Brasil, 2019-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Proporção de Nascidos Vivos de mães com até 14 anos de idade, segundo Região/Unidade da Federação, Brasil, 2019-----

Tabela 2. Proporção de Nascidos Vivos de mães com até 14 anos de idade, por sexo e Cor/raça no Brasil, 2019-----

Tabela 3. Proporção de Nascidos Vivos de mães com até 14 anos de idade, segundo instrução da mãe no Brasil, 2019-----

Tabela 4. Frequência Absoluta e Relativa de Nascidos Vivos de mães com até 14 anos de idade, segundo características da gestação (duração, tipo de gravidez, adequação quantitativa de pré-natal e número de consultas pré-natal), Brasil, 2019-----

Tabela 5. Proporção de Nascidos Vivos por anomalia congênita, segundo tipo de anomalia congênita, Brasil, 2019-----

Tabela 6. Proporção de Nascidos Vivos por anomalia congênita, segundo região, Brasil, 2019-----

Tabela 7. Proporção de Nascidos Vivos por tipo de anomalia congênita, segundo região, Brasil, 2019-----

Tabela 8. Proporção de Nascidos vivos por peso ao nascer, segundo região, Brasil, 2019

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO -----	9
METODOLOGIA -----	11
RESULTADOS -----	12
DISCUSSÃO -----	20
CONCLUSÃO -----	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	24

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como sendo a fase entre 10 e 19 anos, sendo dividida em duas etapas, sendo elas: a pré-adolescência, que ocorre dos 10 aos 14 anos; e a adolescência de fato, que ocorre dos 15 aos 19 anos (SILVA e LOPES, 2009). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, considera crianças as pessoas que possuem até 12 anos incompletos e adolescentes dos 12 aos 18 anos (BRASIL, 1990).

A adolescência é considerada uma fase de transição do ser humano da fase infantil para a fase adulta, através de vivências e aprendizados no âmbito social, biológico, psicológico e espiritual. Nessa fase é comum observar padrões comportamentais que acabam tendo como objetivo a construção da personalidade, o desenvolvimento espiritual, uma necessidade de planejar seu futuro e o desenvolvimento sexual, onde a vida sexual se inicia e pode acabar gerando consequências como a gravidez precoce. (XIMENES et al, 2007)

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil em 2014 houve um total de 562.608 nascidos vivos de mães adolescentes sendo que, destes, aproximadamente 5,2% são filhos de mães entre 10 e 14 anos (SBP, 2019).

A gravidez na adolescência é um assunto de suma importância para a saúde pública, afinal, não é considerada a fase adequada para a mulher ter filhos, pois há ligações entre gravidez precoce e morbidades do recém-nascido, como o baixo peso ao nascer e o nascimento prematuro. Essa associação ocorre devido à imaturidade do sistema reprodutivo e ao ganho de peso inadequado durante a gestação (MARTINEZ et al., 2011). A probabilidade de desenvolver certas doenças por parte materna é maior em uma gravidez precoce, como hipertensão, anemia, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento fetal, entre outros (TABORDA et al, 2014). Além disso, Azevedo et al (2014) identificou outra situação de risco decorrente da gestação precoce, em que a prevalência de partos cesáreos atingiu 26,7%. Para que essas intercorrências sejam evitadas, é necessário que a gravidez seja descoberta o mais rápido possível para que logo se inicie os acompanhamentos de pré-natal (BRASIL, 2018).

Estudos apontam também que adolescentes que se tornam mães precocemente, em geral, abandonam os estudos, por acreditar que não são mais necessários, por sofrerem preconceitos naquele ambiente ou até mesmo por medo de ter que deixar a criança com

outras pessoas (YAZLLE, 2006). Em uma pesquisa feita por Godinho et al (2000), cerca de 47% das entrevistadas abandonaram os estudos devido a gravidez. A evasão escolar para cuidar do filho contribui para dificultar a retomada dos estudos posteriormente e, conseqüentemente, para o desemprego e para a pobreza (CRUZ, CARVALHO e IRFFI, 2016).

Além dos impactos citados, é importante destacar os fatores psicossociais que podem afetar diretamente a saúde da adolescente e da criança, como o abandono familiar, falta de apoio do parceiro ou pai da criança, além da falta de cuidados básicos de saúde (SBP, 2019).

Estes fatores podem ser ainda mais agravantes quando há tentativa de aborto, pois esse procedimento é realizado, na maioria das vezes, de forma clandestina por se tratar de crime no Brasil, porém há algumas poucas exceções em que é permitido. Um estudo feito por Correia et al (2011), realizado por questionário garantindo o anonimato das participantes, detectou que cerca de 26% das adolescentes de Maceió, que tinham vida sexual ativa, haviam realizado aborto em 2005, seja por medo dos pais, por se acharem novas demais para serem mães, ou pelos companheiros não aceitarem. Um número muito preocupante, visto os riscos que tal ato traz.

Ao descobrir uma gravidez precoce, diversos sentimentos acabam ganhando espaço em seus pensamentos, como medo, insegurança, solidão, entre outros (TABORDA et al, 2014). Além disso, há uma preocupação em como essa situação poderá modificar o seu futuro, e tais pensamentos podem acabar prejudicando o próprio desenvolvimento psicológico, aumentando as chances de se adquirir depressão e ter uma baixa autoestima (BRASIL, 2019c).

Em 2017, o Supremo tribunal Federal publicou a súmula 593 que considera que a conjunção carnal ou prática de ato libidinoso com menor de 14 anos é considerado crime de estupro de vulnerável, independente se houve o consentimento da vítima, experiência sexual anterior ou se estavam em um relacionamento amoroso. Com isso, os serviços de saúde têm a obrigação de notificar gravidez ou relação sexual até 13 anos, 11 meses e 29 dias (BRASIL, 2018) O consentimento é considerado um ato de vontade própria, porém, é considerado que uma jovem desta idade não tenha desenvolvido competências relevantes para poder consentir uma relação sexual (LOWENKRON, 2016).

Há uma escassez nas políticas públicas destinadas a gravidez na adolescência, e a maior parte das ações destinadas a essa população ocorre por meio de campanhas, que visam reduzir os índices de gravidez não planejadas entre os adolescentes (SOUZA, 2017).

Diante da importância deste tema para a saúde pública, o Ministério da Saúde conta com o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) desde 1989, um dos primeiros voltado para os adolescente, que é uma proposta de atenção integral à saúde do adolescente, e que inclui a questão da sexualidade e da saúde reprodutiva. Porém não foi o suficiente, pois não se atentava para o contexto social em que a jovem estava inserida. Com a necessidade de programas mais efetivos, o Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa Saúde da Família, hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), o principal pilar da Atenção Básica (SOUZA, 2017).

A ESF é um ponto de partida que redireciona programas destinados à gravidez na adolescência, oferecendo serviços gratuitos, facilitando o contato dos adolescentes com os profissionais de saúde e orientando sobre os diversos métodos contraceptivos disponíveis no SUS (SOUZA, 2017), como: injetável mensal e trimestral; pílula do dia seguinte; pílula combinada; dispositivo intra uterino (DIU); aspiração manual intra-uterina (Amiu); e diafragma (SANTA CATARINA, 2020).

Em 2019, a Lei nº 13.798 acrescentou o art. 8º à Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (ECA), que institui a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência em que o objetivo é divulgar informações sobre medidas preventivas e educativas que ajudem na redução da incidência da gravidez na adolescência (BRASIL, 2019a).

Embora haja ações direcionadas à gravidez neste segmento da população, ainda consiste em um importante tema para a saúde pública. Desta forma, o objetivo do presente estudo foi descrever a frequência de gravidez em meninas de até 14 anos de idade no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo em que se considerou a gravidez na faixa etária de até 14 anos de idade no Brasil, a partir de dados secundários do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

As análises foram feitas para o período de 1994 a 2019, na série histórica por região, ou apenas para 2019 (último ano disponível) nas demais variáveis. As variáveis utilizadas para descrição dos dados do SINASC foram: faixa etária, região de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste), instrução da mãe, estado civil da mãe, duração da gestação, adequação quantitativa de pré-natal, consultas pré-natal, raça/cor, sexo, anomalia congênita, tipo de anomalia congênita e peso ao nascer.

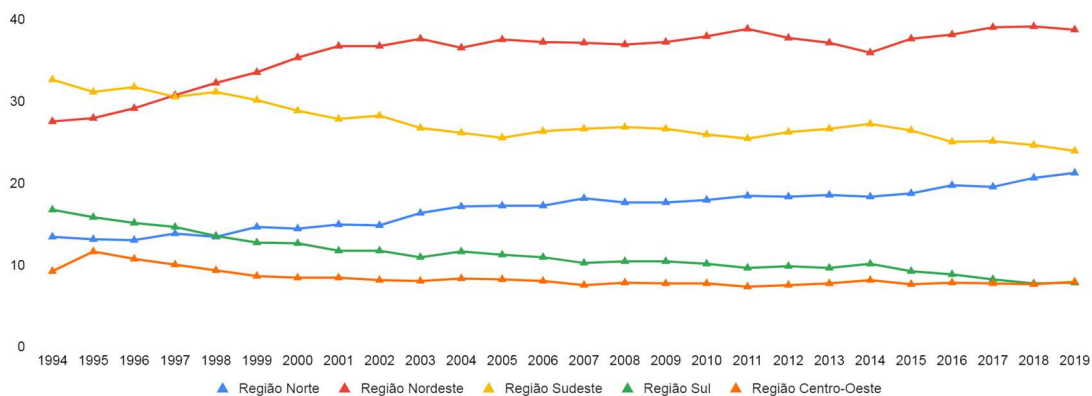
Foram realizados cálculos de frequência absoluta e frequência relativa, onde os resultados foram encontrados pela quantidade de Nascidos Vivos (de mães ≤ 14 anos) segundo variável, dividido pelo total de Nascidos Vivos segundo variável (de mães ≤ 14 anos) e multiplicado por cem. Os dados foram analisados através do Microsoft Excel.

Os dados utilizados são de fonte secundária, de acesso livre e sem identificação dos indivíduos, e por isso não foi necessário o registro e avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) (Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 7 de abril de 2016).

RESULTADOS

A figura 1 apresenta uma série histórica de 1994 a 2019 que permite observar que em 1994 a região que representava o maior proporção de gravidez em meninas de até 14 anos era o Sudeste (32,7%), seguido do Nordeste (27,6%), Sul (16,8%), Norte (13,5%) e Centro-Oeste (9,3%). Ao longo do tempo, houve uma inversão entre as Regiões Sudeste e Nordeste, um ligeiro aumento da região norte e discreta redução do Sul e Centro-Oeste, apresentando em 2019 38,8% no Nordeste, seguido do Sudeste (24,0%), Norte (21,3%), Centro-Oeste (8,0%) e Sul (7,9%).

Figura 1. Proporção de Nascidos Vivos com até 14 anos de idade, por ano do nascimento e Região/Unidade da Federação, Brasil, 1994 a 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Nota: Proporção = Nascidos Vivos por local de residência da mãe/Nascidos Vivos total*100

No Brasil, em 2019, foram registrados 2.849.146 Nascidos Vivos, sendo que a região com mais registros foi o Sudeste (38,7%), seguido do Nordeste (28,3%), Sul (13,6%), Norte (11,0%) e Centro-Oeste (8,5%).

No mesmo ano, 19.333 (0,7%) meninas de até 14 anos deram à luz no Brasil, sendo 3 casos em menores de 10 anos e 19.330 entre 10 e 14 anos. Aproximadamente 39% desses nascidos vivos foram na Região Nordeste, sendo a Bahia a maior proporção nesta região (24,1%). Na Região Norte, o Pará lidera com 44,2%, São Paulo com 42,3% na Região Sudeste, Paraná com 46,8% na Região Sul e 34,1% em Goiás, na Região Centro-Oeste.

Tabela 1. Proporção de Nascidos Vivos de mães com até 14 anos de idade, segundo Região/Unidade da Federação, Brasil, 2019

Região/Unidade da Federação	NV em mães ≤ 14 anos	
	n	%
Região Norte	4114	21,3
Rondônia	198	4,8
Acre	243	5,9
Amazonas	1248	30,3
Roraima	193	4,7
Pará	1818	44,2
Amapá	173	4,2
Tocantins	241	5,9
Região Nordeste	7504	38,8
Maranhão	1405	18,7
Piauí	417	5,6
Ceará	1012	13,5
Rio Grande do Norte	376	5,0
Paraíba	473	6,3
Pernambuco	1091	14,5
Alagoas	606	8,1
Sergipe	316	4,2
Bahia	1808	24,1
Região Sudeste	4636	24,0
Minas Gerais	1149	24,8
Espírito Santo	281	6,1
Rio de Janeiro	1245	26,9
São Paulo	1961	42,3
Região Sul	1526	7,9
Paraná	714	46,8
Santa Catarina	309	20,2
Rio Grande do Sul	503	33,0
Região Centro-Oeste	1553	8,0
Mato Grosso do Sul	372	24,0
Mato Grosso	491	31,6
Goiás	530	34,1
Distrito Federal	160	10,3

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Nota: Proporção = Nascidos Vivos por local de residência da mãe/Nascidos Vivos total*100

A maioria dos nascidos vivos de mães com até 14 anos são declarados pardos (70,4%) e as proporções entre os sexos foram similares, com exceção apenas para a raça/cor amarela, em que nasceram mais bebês do sexo masculino que feminino.

Tabela 2. Proporção de Nascidos Vivos de mães com até 14 anos de idade, por sexo e Cor/raça no Brasil, 2019

Cor/raça	Masc		Fem		Total	
	n	%	n	%	n	%
Branca	1657	50,2	1643	49,8	3300	17,1
Preta	527	51,3	499	48,5	1026	5,3
Amarela	25	73,5	9	26,5	34	0,2
Parda	6986	51,3	6625	48,7	13611	70,4
Indígena	431	50,1	428	49,8	859	4,4
Ignorado	254	51,1	243	48,9	497	2,6

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Nota: Proporção = Nascidos Vivos por sexo/Nascidos Vivos total*100 (segundo cor/raça)

Em relação ao nível de instrução da mãe (tabela 3), 56,7% das mães com até 14 anos possuem um nível de instrução de 4 a 7 anos (56,7%), mas surpreende a frequência que possui 8 anos ou mais de instrução (38,1%), o que necessitaria de dados desagregados para avaliar exatamente a idade e o número de anos estudados para verificar a qualidade e consistência da informação.

Tabela 3. Proporção de Nascidos Vivos de mães com até 14 anos de idade, segundo instrução da mãe no Brasil, 2019

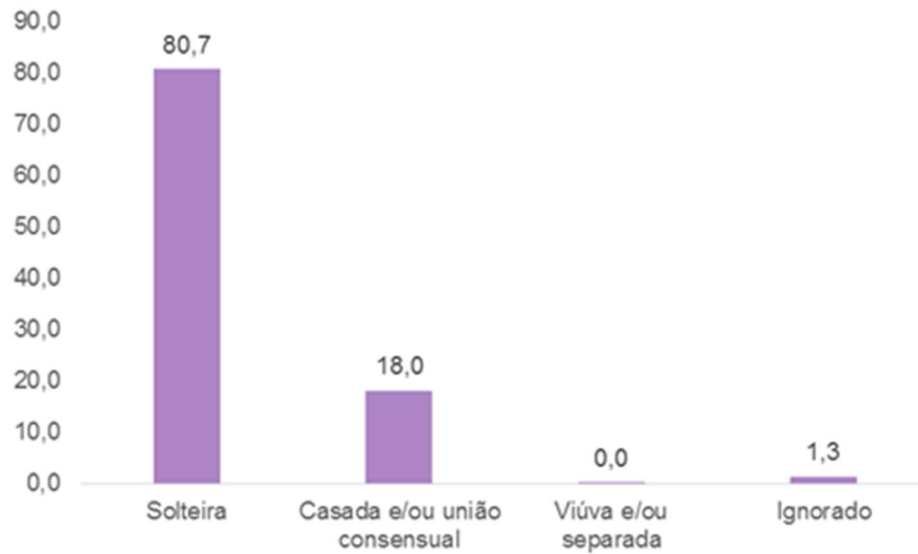
Instrução da mãe	NV em mães ≤ 14 anos	
	n	%
Nenhuma	162	0,8
1 a 3 anos	570	2,9
4 a 7 anos	10966	56,7
≥ 8 anos	7357	38,1

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Nota: NV: Nascidos Vivos; Proporção = Nascidos Vivos por instrução da mãe/Nascidos Vivos total*100; Há 278 NV com instrução da mãe ignorada (1,4%)

Em relação ao estado civil (figura 2) predominam as solteiras (80,7%), seguidas por 18,3% de mães com até 14 anos casadas e/ou em união consensual.

Figura 2. Proporção de Nascidos Vivos de mães com até 14 anos de idade, segundo estado civil da mãe, Brasil, 2019



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Nota: Proporção = Nascidos Vivos por estado civil da mãe/Nascidos Vivos total*100

A tabela 4 mostra que a maioria das gestações duram entre 37 e 41 semanas (77,3%), o que é considerado adequado para uma gravidez. A adequação quantitativa de consultas pré-natal mostra que menos da metade é considerado adequado ou mais que adequado (47,4%), surpreende a quantidade de inadequado (35,0%) e que não fez pré-natal (1,1%). Em relação ao número de consultas pré-natal, 52,6% frequentaram 7 ou mais consultas.

Tabela 4. Frequência Absoluta e Relativa de Nascidos Vivos de mães com até 14 anos de idade, segundo características da gestação (duração, adequação quantitativa de pré-natal e número de consultas pré-natal), Brasil, 2019

Características	NV em mães ≤ 14 anos	
	n	%
Duração gestação		
Menos de 22 semanas	26	0,1
De 22 a 27 semanas	237	1,2
De 28 a 31 semanas	428	2,2
De 32 a 36 semanas	2686	13,9
De 37 a 41 semanas	14935	77,3
42 semanas ou mais	595	3,1
Ignorado	426	2,2
Consultas pré-natal		
Nenhuma	506	2,6
De 1 a 3 consultas	2233	11,6
De 4 a 6 consultas	6319	32,7
7 ou mais consultas	10175	52,6
Ignorado	100	0,5
Adequação quantitativa de pré-natal		
Não fez pré-natal	213	1,1
Inadequado	6764	35,0
Intermediário	1865	9,6
Adequado	1500	7,8
Mais que adequado	7664	39,6
Não Classificados	1327	6,9

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Nota: Adequação quantitativa de pré-natal: Início no primeiro trimestre - Inadequado (menos que 3 consultas), Intermediário (3 a 5 consultas), Adequado (6 consultas), Mais que adequado (7 ou mais consultas); Proporção = Nascidos Vivos por característica/Nascidos Vivos total*100

De todos os nascidos vivos de mães com até 14 anos, 97,3% não apresentaram anomalias congênitas. Dos 0,8% que tiveram declaração de anomalias, “outras malformações e deformidades congênitas do aparelho osteomuscular” (34,4%) foi a mais frequente, seguida de “outras malformações congênitas” (14,7%) e “deformidades congênitas dos pés” (12,3%).

Tabela 5. Proporção de Nascidos Vivos por anomalia congênita, segundo tipo de anomalia congênita, Brasil, 2019

Tipo de anomalia congênita	NV em mães ≤ 14 anos	
	n	%
Espinha bífida	3	1,8
Outras malformações congênitas do sistema nervoso	10	6,1
Malformações congênitas do aparelho circulatório	9	5,5
Fenda labial e fenda palatina	12	7,4
Ausência atresia e estenose do intestino delgado	1	0,6
Outras malformações congênitas aparelho digestivo	12	7,4
Testículo não-descido	2	1,2
Outras malformações do aparelho geniturinário	11	6,7
Deformidades congênitas dos pés	20	12,3
Outr malform e deform congênit aparelho osteomusc	56	34,4
Outras malformações congênitas	24	14,7
Anomalias cromossômicas NCOP	3	1,8
Total	163	100,0

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Nota: NV: Nascidos Vivos; NCOP: Não Classificado em Outra Parte; Proporção = Nascidos Vivos por tipo de anomalia congênita/Nascidos Vivos com anomalia*100

Quando realizada a Frequência Relativa por regiões (tabela 6), observa-se que a Região Nordeste é a que apresenta maior quantidade de nascidos vivos com anomalia congênita (34,8%). Nota-se para todas as regiões que a quantidade de dados ignorados é alta, com exceção da Região Sul.

Tabela 6. Proporção de Nascidos Vivos por anomalia congênita, segundo região, Brasil, 2019

Região	Sim	Não	Ignorado
Região Norte	20,1	21,4	14,0
Região Nordeste	34,8	39,0	33,5
Região Sudeste	28,0	23,9	27,4
Região Sul	9,8	8,0	3,6
Região Centro-Oeste	7,3	7,8	21,5

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Nota: Proporção = Nascidos Vivos por anomalia congênita segundo local de residência da mãe/Nascidos Vivos por anomalia congênita*100

A tabela 7 demonstra detalhadamente os tipos de anomalias por região do Brasil em 2019. A anomalia com maior proporção de casos no Norte é "outras malformações congênicas do aparelho digestivo" (28,1%), "outras malformações e deformidades congênicas do aparelho osteomuscular" ocorrem mais frequentemente nas demais regiões, sendo 36,8% no Nordeste, 43,5% no Sudeste, 31,3% no Sul e 33,3% Centro-Oeste.

Tabela 7. Proporção de Nascidos Vivos por tipo de anomalia congênita, segundo região, Brasil, 2019

Tipo de anomalia congênita	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
Espinha bifida	3,1	0,0	4,3	0,0	0,0
Outras malformações congênicas do sistema nervoso	0,0	12,3	2,2	6,3	8,3
Malformações congênicas do aparelho circulatório	6,3	0,0	8,7	12,5	8,3
Fenda labial e fenda palatina	6,3	5,3	6,5	18,8	8,3
Ausência atresia e estenose do intestino delgado	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0
Outras malformações congênicas aparelho digestivo	28,1	3,5	2,2	0,0	0,0
Testículo não-descido	0,0	1,8	2,2	0,0	0,0
Outras malformações do aparelho geniturinário	9,4	5,3	8,7	0,0	8,3
Deformidades congênicas dos pés	15,6	10,5	10,9	18,8	8,3
Outr malform e deform congênit aparelho osteomusc	21,9	36,8	43,5	31,3	25,0
Outras malformações congênicas	6,3	21,1	8,7	12,5	33,3
Anomalias cromossômicas NCOP	3,1	3,5	0,0	0,0	0,0

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Nota: NCOP: Não Classificado em Outra Parte; Proporção = Nascidos Vivos por local de residência da mãe segundo tipo de anomalia congênita/Nascidos Vivos com anomalia segundo local de residência da mãe*100

A tabela 8 mostra que a grande maioria dos nascidos vivos nasceram com 2500 gramas ou mais (86,4%), mas dos que nasceram com baixo peso, cerca de 37,4% são da Região Nordeste, seguido pelo Sudeste (28,3%), Norte (19,7%), Centro-Oeste (7,5%) e Sul (7,1%).

Tabela 8. Proporção de Nascidos vivos por peso ao nascer, segundo região, Brasil, 2019

Região	< 2500g	≥ 2500g
Região Norte	19,7	21,5
Região Nordeste	37,4	39,0
Região Sudeste	28,3	23,3
Região Sul	7,1	8,0
Região Centro-Oeste	7,5	8,1
Total	13,6	86,4

DISCUSSÃO

A frequência de gravidez em pré-adolescentes ainda é preocupante no Brasil. Embora não haja informação no SINASC sobre a situação em que o bebê foi concebido, ou seja, se em situação de violência ou não, é válido apontar que a violência sexual é algo que ocorre no mundo todo e que qualquer pessoa pode ser vítima, porém há uma tendência maior de que as vítimas sejam mulheres jovens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), e o ato pode ocorrer tanto em casa quanto na rua e muitas vezes por pessoas conhecidas da vítima (KRUG et al, 2002).

No Brasil, a gravidez em meninas com até 14 anos de idade é reconhecida como crime de estupro de vulnerável, independente se houve consentimento ou não, e por isso deve haver notificação para permitir observar a violência sexual e a adoção de medidas cabíveis e elaboração de políticas específicas a este segmento da população. A literatura aponta que agressores preferem crianças ou pré adolescentes do sexo feminino pela dificuldade de defesa (ALMEIDA, SOUSA e SOUSA, 2017).

No entanto, o SINASC não registra informações sobre as circunstâncias das concepções e mesmo que outros sistemas que registram a violência, como o SINAN e o VIVA, possam ter estas informações, não há até o momento comunicação entre estes sistemas, a fim de permitir o entendimento da gravidez nesta faixa etária e a adoção de medidas preventivas. Ou seja, apesar do SINASC representar uma fonte de dados importante, a cobertura do sistema precisa ser melhor avaliada (PAIVA, 2008).

Com o presente estudo, foi possível observar que a Região Nordeste foi a que apresentou maior frequência de nascidos vivos de mães com até 14 anos de idade (38,4%) em relação às outras regiões do país em 2019. Nossos achados corroboram os do estudo de SOUTO et al (2017) que encontrou aproximadamente 39,4% dos nascidos vivos desta faixa etária para a mesma região em anos anteriores. Ao observarmos a série cronológica de 1994 a 2019, a região Nordeste lidera desde 1997, com discreto aumento na proporção de nascidos vivos de mães crianças e pré-adolescentes ao longo dos anos. A Região Nordeste é historicamente conhecida por haver muita desigualdade social, e isso é

comprovado pelo Índice de Gini, que em 2019 foi de 0,559, a maior desigualdade do país, ressaltando que, quanto mais próximo a zero, maior a igualdade (IBGE, 2020), e assim como na Etiópia, causa dificuldade no acesso aos serviços de saúde, incluindo à saúde sexual e reprodutiva, condição que piora a vulnerabilidade em jovens (KASSA et al, 2019).

A Região Sudeste aparece em segundo lugar no país, com 24% dos nascidos vivos de mães pré-adolescentes, sendo que o Estado de São Paulo detém 1.961 casos de gravidez nessa faixa etária em 2019, contribuindo com 42,3% para a Região Sudeste e 10,1% para o Brasil. É importante ressaltar que São Paulo é o Estado mais populoso do país, possuindo cerca de 21% da população total residente no país, e por isso, é natural que os números sejam mais elevados.

Encontramos neste estudo que 70,4% dos nascidos vivos são pardos e que 5,3% são pretos. O estudo de SILVA et al (2011) apresentou que em adolescentes há maior frequência de nascidos vivos pretos/pardos, estando de acordo com os nossos resultados.

Em relação ao nível de escolaridade das mães pré-adolescentes, encontramos que 56,7% apresentaram 4 a 7 anos de escolaridade e 38,1% de 8 anos ou mais de estudo, porém, este último dado parece ser inconsistente, pois trata-se de jovens com até 14 anos de idade com um nível de instrução relativamente alta. Ainda em relação a esta variável sociodemográfica, estudos de GONÇALVES (2008) e AERTS (2014) relatam que a escolaridade parece ser um determinante para a iniciação sexual, referindo que quanto mais baixo o nível de instrução, mais precocemente as pessoas iniciam a vida sexual.

Em relação ao estado civil, 80,7% eram mães solteiras e 18,3% casadas e/ou em união consensual. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) define que casamento infantil é união formal ou informal antes dos 18 anos, apesar de ser considerada violação dos direitos fundamentais da criança e do adolescente, mas o Código Civil Brasileiro diz que a idade mínima legal para o casamento é aos 16 anos, desde que seja acompanhada pelos responsáveis até alcançar a maioridade (SILVA, TRINDADE e OLIVEIRA, 2020). Em 2019, foi sancionada a Lei nº 13.811, que proíbe, em qualquer circunstância, o casamento daqueles que não atingiram a idade núbil. Porém, os dados referidos acima para 2019, revelam que a lei não está sendo cumprida de forma significativa, e estão semelhantes ao estudo de SOUTO et al (2017), que refere que a

união pode ser uma busca por melhores condições financeiras e de independência do seio familiar.

Quanto às características da gestação encontramos que pouco mais de 80% dos partos ocorreram no período adequado, ou seja, acima de 37 semanas. No entanto, 17,4% dos partos foram prematuros (menos de 36 semanas), podendo ser explicada pela idade relativamente próxima à primeira menarca, pela imaturidade biológica e pelo desenvolvimento incompleto do crescimento (MARTINS et al, 2011). Ao comparar com o total de nascidos vivos no Brasil em 2019, onde 11,1% dos partos foram prematuros, é possível observar maior risco de prematuridade em meninas tão novas.

Em relação à quantidade de consultas pré-natal, do total de nascidos vivos no Brasil em 2019, cerca de 72,4% frequentam 7 ou mais consultas e que 27,2% vão a menos consultas, uma discrepância muito grande quando comparada a este estudo, onde encontramos que 52,6% das mães frequentam 7 ou mais consultas e que 46,9% comparecem a 6 ou menos consultas. Segundo SILVA, TRINDADE e OLIVEIRA (2020), a proporção de mães menores de 14 anos que frequentaram 6 ou menos consultas é de 50,5%, sendo caracterizada como uma quantidade de consultas inadequadas ou que não fizeram pré-natal. Já o estudo de SOUTO, mostra que 43,7% das mães com até 13 anos frequentam menos de 6 consultas. Em 2016, a OMS atualizou as recomendações para o acompanhamento pré-natal, alterando de 6 ou mais consultas pré-natal para no mínimo 8 consultas, mostrando que quanto maior o acompanhamento, maior a garantia de gestação e de parto seguros (WHO, 2016).

Um indicador que avalia as condições de saúde do recém-nascido é o peso ao nascer. O baixo peso ao nascer, considerado como menor que 2500 gramas, está associado à maior morbimortalidade nos períodos neonatal e infantil (TOURINHO e REIS, 2012). É, ainda, um indicador que diz sobre as condições nutricionais do recém-nascido e da gestante para auxiliar no desenvolvimento da criança (DIAS, ANTONI e VARGAS, 2020). Do total de nascidos vivos no Brasil, apenas cerca de 8,7% nasceram com baixo peso, enquanto na faixa etária utilizada neste estudo o registro foi de aproximadamente 13,6%, mostrando que a gravidez em meninas desta idade pode ser de risco.

A região do Brasil que possui a maior proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer, de mães com até 14 anos, é o Nordeste (37,4%). Isso pode ser explicado pelo

fato de ser uma região mais pobre (ANDRADE et al, 2013), que é considerada uma vulnerabilidade social. A vulnerabilidade social é reconhecida pelo contexto econômico, político e social, e isso está diretamente relacionado ao acesso à informação e serviços de saúde, por exemplo (SILVA et al, 2014).

Observou-se neste estudo que 0,8% dos nascidos vivos de mães com até 14 anos possuíam anomalias congênitas, e a região que possuía a maior proporção foi novamente o Nordeste (34,8%). “Outras malformações e deformidades congênitas do aparelho osteomuscular” (34,4%) foi a mais frequentemente encontrada no país, seguida por “outras malformações congênitas” (14,7%) e “deformidades congênitas dos pés” (12,3%). As causas dessas anomalias podem ser fatores ocasionados antes do nascimento, podendo ser classificados como: genéticas ou adquiridas; como defeitos anatômicos, funcionais ou estéticos leves ou graves e, ainda, como anomalias simples ou múltiplas (RODRIGUES et al, 2014). O estudo da SAMPAIO (2018) observou que a anomalia mais comum no Brasil foi “outras malformações e deformidades congênitas do aparelho osteomuscular” em concordância com nossos achados, que pode ser mais fácil para diagnosticar, visto que são identificadas ao nascer ou durante os exames de imagem realizados no período do pré-natal.

As mães crianças e pré-adolescentes apresentam maiores riscos físicos para si e para o bebê, além de repercussões sociais e psicológicas, o que justifica a necessidade de suporte e acompanhamento de profissionais para que entendam os riscos e consigam lidar da maneira mais segura com a gravidez e, especialmente, se foram vítimas de violência sexual. Além disso, é importante estimular a notificação para que seja possível identificar as principais vulnerabilidades que acarretam tal situação para que sejam adotadas ações preventivas (SILVA, TRINDADE e OLIVEIRA, 2020).

Este estudo, por ser apenas descritivo, tem o potencial de apresentar o que está registrado nos sistema de informação nacional sobre nascidos vivos em que a declaração de nascido vivo é um instrumento obrigatório de registro para toda criança nascida no Brasil. No entanto, há limitações como a falta de informações que auxiliam na compreensão das circunstâncias dessas concepções tão precoces e das consequências psicossociais e na saúde de mães tão jovens e dos frutos dessas. Talvez um estudo com outros sistemas como o VIVA, SIH e o SINAN poderiam elucidar algumas outras questões e, idealmente, se for possível o cruzamento de dados.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu observar que quase 20 mil crianças e pré-adolescentes com até 14 anos tiveram filhos em 2019 no Brasil, que em sua maioria são solteiras e com 4 a 7 anos de escolaridade. A Região Nordeste lidera, desde 1997, na proporção de nascidos vivos em comparação a outras regiões.

A maioria dos nascimentos ocorreram no período acima de 37 semanas, o esperado para a idade gestacional, com acompanhamento de 7 ou mais consultas pré-natal e os nascidos vivos com peso acima de 2500 gramas.

Menos de 1% dos nascidos vivos de mães com até 14 anos apresentaram anomalias congênitas.

Apesar de muitos aspectos positivos nas características sociodemográficas das mães tão jovens e nas observações das características gestacionais e dos nascidos vivos destas, ainda intriga a questão da falta de informações sobre as circunstâncias em que estas concepções ocorreram visto a questão do crime de estupro de vulnerável (em menores de 14 anos), independente se há consentimento ou não. Além disso, as informações sobre o estado civil de união consensual e casamento nesta faixa etária.

A escola é um dos locais importantes por contribuir para o conhecimento, informação, acesso a recursos, e desenvolvimento de autonomia para a tomada de decisão (YAYA et al, 2020). Assim, a educação sexual deve ser abordada desde a infância para que crianças possam identificar abusadores e reconhecer a violência e alertar sobre o que está acontecendo e evitar uma gravidez indesejada. A prevenção ainda é a melhor opção nos casos de violência (BRASIL, 2006). É importante reforçar que haja políticas públicas destinadas a gravidez na adolescência, para que assim medidas possam ser adotadas para prevenir tal situação, e as meninas, principalmente vítimas de violência sexual, consigam ter acesso aos seus direitos com mais facilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SILVA, C. R.; LOPES, R. E. Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas públicas. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, Jul-Dez 2009, v. 17, n.2, p 87-106
2. BRASIL. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.
3. XIMENES, F. R. G. N. et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 60, núm. 3, maio-jun. 2007, pp. 279-285 Associação Brasileira de Enfermagem Brasília, Brasil
4. YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, pág. 443-445, agosto de 2006.
5. GODINHO, R.A. et al. Adolescentes e grávidas: Onde buscam apoio? Rev. Latino-am. Enfermagem – Ribeirão Preto – v.8 – n.2 – p. 25-32 – abril 2000.
6. MARTINEZ, E. Z. et al. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(5):855-867, mai, 2011
7. TABORDA, J. A. et al. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16-24, Mar. 2014.
8. AZEVEDO, W. F. et al. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, 2014
9. CORREIA, D. S. et al. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2469-2476, May 2011.
10. PARIZ, J.; MENGARDA, C. F.; FRIZZO, G. B. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.3, p.623-636, 2012.
11. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 1, ed. World Health Organization, 2016.

13. BRASIL. Lei nº 13.798, de 3 de Janeiro de 2019. Brasília: Ministério da Justiça, 2019a.
14. BRASIL. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
15. TOURINHO; A. B.; REIS; L. B. S. M. Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. *Com. Ciências Saúde*. 2012; 22(4):19-30.
16. SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Saúde alerta para riscos da gravidez na adolescência. 2020. Disponível em <<https://saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/todas-as-noticias/1652-noticias-2020/11048-saude-alerta-para-riscos-da-gravidez-na-adolescencia>>. Acesso em 03/05/2021
17. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Prevenção da Gravidez na Adolescência. Guia Prático de Atualização. Nº 11, Janeiro de 2019
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual AIDPI Neonatal. 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
19. KASSA, G. M. et al. Trends and determinants of teenage childbearing in Ethiopia: evidence from the 2000 to 2016 demographic and health surveys. *Ital J Pediatr*. 2019 Nov 29;45(1):153.
20. MEZMUR, H; ASSEFA, N; ALEMAYEHU, T; Teenage Pregnancy and Its Associated Factors in Eastern Ethiopia: A Community-Based Study. *Int J Womens Health*. 2021 Feb 26; 13:267-278.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
22. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.
23. KRUG, E. G. et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
24. OLIVEIRA, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Estud. av.** , São Paulo, v. 18, n. 50, pág. 57-60, abril de 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100006&lng=en&nrm=iso>. acesso em 15 de maio de 2021
25. YAYA, S. et al. Desigualdade na taxa de fertilidade entre adolescentes: evidências de inquéritos demográficos e de saúde em Timor-Leste de 2009-2016. *Arch Public Health*. 14 de outubro de 2020; vol. 78-98.

26. SILVA, A. J. C.; TRINDADE, R. F. C.; OLIVEIRA, L. L. F. Presumption of sexual abuse in children and adolescents: vulnerability of pregnancy before 14 years. *Rev. Bras. Enferm.*, , v. 73, supl. 4, e20190143, 2020.
27. BRASIL. Lei nº 13.811, de 12 de Março de 2019. Brasília: Ministério da Justiça, 2019b.
28. MARTINS, M. G. et al . Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 11, p. 354-360, Nov. 2011.
29. DIAS, B. F.; ANTONI, N. M.; VARGAS, D. Perfil clínico e epidemiológico da gravidez na adolescência: um estudo ecológico. *Arq. Catarin Med.* 2020 jan-mar; 49(1):10-22
30. RODRIGUES, L.S. et al. Características das crianças nascidas com malformações congênitas no município de São Luís, Maranhão, 2002-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 23, n. 2, p. 295-304, jun. 2014 .
31. SOUTO, R. M. C. V. et al. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2017, v. 22, n. 9
32. ALMEIDA, L. A. A.; SOUSA, L. S.; SOUSA, K. A. A. Epidemiologia da violência infantil um estado do nordeste do Brasil: série histórica de 2007 a 2016. *Rev Pre Infec e Saúde[Internet]*.2017;3(2):27-33.
33. CRUZ, M. S.; CARVALHO, F. J. V.; IRFFI, G. Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no brasil. planejamento e políticas públicas | ppp | n. 46 | jan./jun. 2016.
34. SAMPAIO, A. L. S. R. Perfil clínico e socioeconômico das gestantes que tiveram fetos com síndrome de anomalias congênitas do distrito federal-brasil-2007 a 2016. 50 f. TCC (Graduação) - Curso de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <https://bdm.unb.br/bitstream/10483/23119/1/2018_ArthemialarissaDeSouzaReisSampaio_tcc.pdf> . Acesso em 18 maio 2021.
35. LOWENKRON, L. Menina ou moça?: Menoridade e consentimento sexual. **Densidades**, Rio de Janeiro , v. 10, p. 9-18, abr. 2016 .
36. SOUZA, H. O. Políticas públicas voltadas para gravidez na adolescência: revisão integrativa da literatura. 2017. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem)—Universidade de Brasília, Brasília, 2017.
37. BARBAS, D. S. et al . Determinantes do peso insuficiente e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, 2001. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 18, n. 2, p. 161-170, jun. 2009 .

38. SILVA, K. S. et al. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2011, v. 16, n. 5
39. AERTS, D. R. G. C. et al. Fatores associados ao início da vida sexual ativa de escolares em uma cidade do sul do Brasil. *Aletheia*, Canoas, n. 45, p. 87-100, dez. 2014.
40. GONÇALVES, H. et al. Determinantes sociais da iniciação sexual precoce na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2008, v. 42
41. PAIVA, N.S. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos: um Estudo de Revisão. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2008/Mai). [Citado em 24/05/2021]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sistema-de-informacoes-sobre-nascidos-vivos-um-estudo-de-revisao/2131?id=2131>
42. BRASIL. Saúde e prevenção nas escolas : guia para a formação de profissionais de saúde e de educação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
43. ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2018, v. 34, n. 6
44. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2020. Agência IBGE notícias. Nordeste é única região com aumento na concentração de renda em 2019. Disponível em: <[https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2019/02/gravidez-na-adolescencia-tem-riscos-psicologicos-e-sociais](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27596-nordeste-e-unica-regiao-com-aumento-na-concentracao-de-renda-em-2019#:~:text=Embora%20a%20concentra%C3%A7%C3%A3o%20de%20renda,%C3%ADndice%20de%20Gini%20em%202019.>>. Acesso em: 24/05/202145. SILVA, M. A. I. et al. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> [online]. 2014, v. 19, n. 0246. BRASIL. Gravidez na adolescência tem riscos psicológicos e sociais. Brasília, 2019c. Disponível em: <. Acesso em 29/05/2021