

Perfil de Puérperas Adolescentes Acometidas por Trabalho de Parto Prematuro e Desfechos Neonatais

Profile of Adolescent Postpartum Women Affected By Preterm Labor and Neonatal Outcomes

<https://doi.org/10.21727/rm.v17i1.5504>

Marina Rodrigues Nóbrega de Araújo

Pós-graduada pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher - UFPE. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

Liniker Scolfild Rodrigues da Silva

Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) pela Universidade de Pernambuco (UPE). Professor da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG), Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco, Brasil.

José Flávio de Lima Castro

Doutor em Enfermagem.
Professor da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE),
Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil

e-mail de correspondência: marina_rodrigues96@hotmail.com

Resumo: A gravidez na adolescência está associada ao trabalho de parto prematuro, importante causa de morbimortalidade neonatal. Este estudo transversal e quantitativo, realizado em uma maternidade de alto risco em Recife com 71 puérperas adolescentes, teve como objetivo caracterizar o perfil clínico-epidemiológico dessas puérperas e os desfechos neonatais. Os dados foram obtidos por questionários, prontuários e cadernetas, analisados por estatística descritiva e teste Qui-quadrado de aderência. As puérperas eram pardas ou negras (70%), tinham companheiro (80%), baixa escolaridade (59%), eram estudantes (44%) e recebiam <1 salário-mínimo. Houve início tardio do pré-natal (39%) e hipertensão gestacional (17%). Predominou o parto normal (61%), com recém-nascidos encaminhados para cuidados intensivos (73%), reanimação em sala de parto (49%) e óbito fetal (8%). Conclui-se que o pré-natal precoce e qualificado é essencial para reduzir patologias maternas e prematuridade.

Palavras-chave: Desfechos Adversos do Nascimento; Enfermagem; Gravidez na Adolescência; Parto Prematuro.

Abstract: Adolescent pregnancy is associated with preterm labor, a significant cause of neonatal morbidity and mortality. This cross-sectional and quantitative study, conducted in a high-risk maternity hospital in Recife with 71 adolescent postpartum women, aimed to characterize the clinical-epidemiological profile of these postpartum women and neonatal outcomes. Data were obtained through questionnaires, medical records, and notebooks, and analyzed using descriptive statistics and the chi-square goodness-of-fit test. The postpartum women were brown or black (70%), had a partner (80%), had low education (59%), were students (44%), and earned less than one minimum wage. There was late initiation of prenatal care (39%) and gestational hypertension (17%). Normal delivery predominated (61%), with newborns referred to intensive care (73%), resuscitation in the delivery room (49%), and fetal death (8%). It is concluded that early and qualified prenatal care is essential to reduce maternal pathologies and prematurity.

Keywords: Pregnancy Complications; Pregnancy in Adolescence; Premature Birth; Nursing.

Recebido em: 29/05/2025.

Aceito em: 09/03/2026.

Como citar este artigo

ARÁUJO, M. R. N. de; SILVA, L. S. R. da; CASTRO, J. F. de L. Perfil de Puérperas Adolescentes Acometidas por Trabalho de Parto Prematuro e Desfechos Neonatais. **Mosaico – Revista Multidisciplinar de Humanidades**, Vassouras, v. 17, n. 1, p. 66-81, jan./abr., 2026.

**Introdução:**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, correspondendo cronologicamente a faixa etária de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias. Nessa fase, ocorrem transformações complexas dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, nas quais ocorrem as manifestações da sexualidade. Diante dessa realidade, as adolescentes estão suscetíveis à gestação e as inúmeras repercussões que podem ocorrer na sua vida individual ou para a sociedade, concebendo-se como um problema de saúde pública (Felicete; Rossetto, 2022).

A gravidez na adolescência foi reduzida, a nível mundial, após a criação de programas de educação sexual. No entanto, países da América Latina ainda resistem com maior número de gestações na adolescência. De todos os nascimentos do mundo, 11% ocorrem em jovens entre 15 e 19 anos. Desses nascimentos, 95% ocorrem em países de média e baixa renda. Na América Latina, 73 de cada 1000 gestações ocorrem em adolescentes, de acordo com um estudo realizado pela Organização Iberoamericana da Juventude (Vivar, 2022).

A partir da década de 1970, as taxas de fecundidade decresceram no Brasil, excetuando-se as faixas etárias entre 15 e 19 anos de idade, onde 26,75% dos nascimentos no Brasil ainda acontecem em mães adolescentes (Fischer *et al.*, 2022). No entanto, essa realidade é ainda mais expressiva em regiões como o Nordeste, que historicamente apresenta indicadores mais elevados de gravidez na adolescência em comparação com o restante do país. Em Pernambuco, os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) indicam que, em 2021, cerca de 19% dos partos foram de adolescentes, sendo Recife um dos municípios com maior prevalência na região metropolitana (Recife, 2020; Brasil, 2025).

Tal fato pode ser explicado, pois a gravidez na adolescência apresenta-se associada a determinantes sociais, normas culturais, desemprego, baixa renda, desigualdade de gênero e oportunidades educacionais limitadas, nas quais jovens com baixo poder socioeconômico são desproporcionalmente afetadas acarretando uma incidência elevada de complicações advindas da gravidez, parto e puerpério, principalmente naquelas sem assistência ao pré-natal (Pontes *et al.*, 2023).

A falta ou insuficiência de assistência durante a gestação pode favorecer o aparecimento de doenças e complicações, deixando as adolescentes mais suscetíveis aos problemas de saúde e intercorrências, devido sua faixa etária e imaturidade biológica (Farias *et al.*, 2020). Uma das principais complicações obstétricas encontradas entre as adolescentes é o trabalho de parto prematuro, devido à imaturidade do organismo que está em formação física e hormonal, como a insuficiência uteroplacentária e comprometimento da transferência de nutrientes para o bebê (Cortez *et al.*, 2021).

O Trabalho de Parto Prematuro (TPP) caracteriza-se pela deflagração do trabalho de parto espontâneo entre 22 a 36 semanas e 6 dias de gestação, evidenciada pela presença de contrações uterinas eficazes e persistentes, esvaecimento cervical igual ou superior a 80% e dilatação cervical igual ou superior a um centímetro. É considerado como uma das principais complicações gestacionais e representa uma significativa causa de morbimortalidade neonatal. Em sua maioria, ocorre por complicações maternas ou por causas multifatoriais, além de incluir causas desconhecidas (Silva *et al.*, 2021).

Apesar dos reconhecidos avanços na assistência obstétrica nas últimas décadas, o parto pré-termo continua como um problema importante no mundo, no qual o Brasil está entre os 10 países com mais nascimentos prematuros (Waks *et al.*, 2022). A prematuridade é a principal condição associada à mortalidade neonatal e infantil, com aumento dos casos em todo o mundo. Muitos nascidos pré-termos evoluem com sequelas em diversos sistemas, aumentando assim, a morbimortalidade neonatal (Berlitz *et al.*, 2020).

Diante do recém-nascido (RN) prematuro, a mãe enfrenta o inesperado que é lidar com seu filho que pode não sobreviver e que exigirá cuidados intensificados. Nesse sentido, a melhor forma de evitar ou diminuir as taxas de mortalidade e os problemas e sequelas relacionadas à prematuridade é reduzir os nascimentos prematuros, de forma regionalizada e em rede (Berlitz *et al.*, 2020; Waks *et al.*, 2022). Diante disso, destacam-se as políticas públicas voltadas à atenção à saúde da mulher, como a antiga Rede Cegonha e, mais recentemente, a Rede de Atenção Materna e Infantil – Rede Alyne, instituída em 2023 pelo Ministério da Saúde.

A Rede Alyne busca fortalecer a atenção integral e humanizada à saúde sexual, reprodutiva, pré-natal, parto, nascimento e puerpério, com foco na equidade e na redução da morbimortalidade materna e neonatal (Brasil, 2023). Para tanto se fez necessário identificar os fatores de risco em uma maternidade de grande porte do nordeste brasileiro para fomentar estratégias de diagnóstico, atuação e dos desfechos neonatais (Berlitz *et al.*, 2020; Waks *et al.*, 2022).

Diante dessa conjuntura, torna-se essencial uma melhor compreensão dos fatores associados ao parto pré-termo em gestantes adolescentes. A investigação de seu perfil clínico-epidemiológico e a identificação dos desfechos neonatais são fundamentais para o planejamento de medidas eficazes que reduzam as taxas de prematuridade e suas complicações materno-infantis.

Assim, esse estudo buscou responder às questões: qual é o perfil clínico-epidemiológico de puérperas adolescentes acometidas por trabalho de parto prematuro? Quais os desfechos neonatais? Tendo como objetivo caracterizar o perfil clínico-epidemiológico de puérperas adolescentes acometidas por trabalho de parto prematuro e os desfechos neonatais.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, transversal e com abordagem quantitativa realizada em um hospital de grande porte de alta complexidade com foco em atendimento materno-infantil na cidade do Recife, em Pernambuco, Brasil. A população do estudo foi constituída por puérperas que passaram por trabalho de parto prematuro com idade de 10 a 19 anos que foram atendidas na maternidade de alto risco pesquisada no período de março a agosto de 2024.

O cálculo amostral para quantificação das puérperas foi realizado por um contato prévio com a epidemiologia do hospital, solicitando o número de gestantes adolescentes que foram atendidas entre agosto de 2022 a agosto de 2023. O cálculo amostral foi realizado com um intervalo de confiança de 95%; erro máximo tolerável de 5 pontos percentuais; e a prevalência estimada foi de 16,3% (Almeida *et al.*, 2020). Ao aplicar a calculadora para cálculo amostral da Universidade de São Paulo (Lauris, s.d.), o tamanho amostral foi de 64 puérperas adolescentes. Foram adicionados 10% para eventuais perdas, chegando ao total de 71 puérperas.

Logo, a amostra contemplou 71 puérperas entrevistadas. Os critérios de inclusão da amostra identificaram puérperas com idade de 10 a 19 anos que foram atendidas na maternidade de alto risco pesquisada e que tenham passado pelo trabalho de parto prematuro. Foram excluídas do estudo as participantes que apresentaram alguma deficiência diagnosticada ou dificuldades de comunicação verbal que as impedissem de responder aos questionários. Vale ressaltar que, apesar dos critérios de elegibilidade para exclusão, nenhum caso se enquadrou nessas condições neste estudo.

A coleta de dados teve início após a assinatura do Termo de compromisso e confidencialidade, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para adolescentes com idade menores de 18 anos. O responsável legal da menor de 18 anos também foi solicitado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a autorização da menor como voluntária da pesquisa. A extração dos dados dos prontuários e das cadernetas de Pré-Natal das gestantes da pesquisa foram realizados mediante a Autorização de Uso de Dados, como também a Carta de anuência com autorização para uso de dados do hospital.

A coleta foi realizada na enfermaria do alojamento conjunto no hospital estudado, no qual a pesquisadora compareceu ao local para avaliar as puérperas elegíveis, convidá-las a participarem da pesquisa, explicando o objetivo e a importância da mesma, e a partir disso, assinarem os termos necessários para início da pesquisa, e a posteriori captando informações do prontuário e da caderneta de pré-natal e após, aplicar o questionário semiestruturado face a face, individualmente em uma sala reservada no próprio setor.

Para a elaboração do instrumento foi utilizado o manual do Ministério da Saúde (MS) gestação de alto risco. O mesmo busca auxiliar a organização da assistência materna e perinatal, ao uniformizar conceitos e critérios para a abordagem da gestação de alto risco, conforme recomendações da OMS e das melhores evidências clínicas no que tange as intervenções eficazes para o cuidado materno e infantil e, também, qualificação de profissionais de saúde com a ampliação do uso de dados para melhoria do cuidado (Brasil, 2022).

Para a coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos, sendo o primeiro relacionado aos dados sociodemográficos e o segundo, composto por variáveis obstétricas e neonatais. Também foram coletados dados da caderneta de pré-natal da gestante e do prontuário, sendo os dados transcritos para o instrumento da pesquisa. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de março e agosto de 2024, e os dados foram organizados em planilha do Microsoft.

Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva e inferencial a partir do software SPSS versão 20.0 for Windows. Em relação aos dados socioeconômicos e clínicos, utilizou-se a estatística descritiva com o cálculo das frequências relativas e absolutas. Já para a análise da associação dos indicadores nominais foi utilizado o teste Qui-quadrado de aderência, sendo estabelecida a significância estatística de 5%.

A realização da presente pesquisa foi iniciada após submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CAAE: 77127923.2.0000.5208). Assim como obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

As entrevistadas apresentaram média de idade de $16,97 \pm 1,31$ anos, com o mínimo de 14 e máximo de 19 anos. A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico das puérperas adolescentes.

Tabela 1 – Frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas - parte 1. Recife, PE, Brasil, 2024.

Variável	n = 71 ¹	P -valor
Cor		
Branca	21 (30%)	< 0,001*
Parda e negra	50 (70%)	
Situação conjugal		
Com companheiro	57 (80%)	< 0,001*
Sem companheiro	14 (20%)	
Escolaridade		
Ensino Fundamental Completo	20 (28%)	0,001*
Ensino Fundamental Incompleto	22 (31%)	
Ensino Médio Completo	11 (15%)	
Ensino Médio Incompleto	16 (23%)	
Sem escolaridade	2 (3,0%)	
Ocupação		
Assalariada	4 (5,0%)	< 0,001*
Desempregada	36 (51%)	

Estudante	31 (44%)	
Renda mensal		
Menos de 1 salário-mínimo	47 (66%)	
Entre 1 e 2 salários-mínimos	22 (31%)	< 0,001*
Mais que 3 salários-mínimos	2 (3,0%)	
Moradia		
Rural	5 (7,0%)	< 0,001*
Urbano	66 (93%)	

¹n(%), *Significativo a 5%, ² Teste Qui-quadrado de aderência.

NC - Não conclusivo ³Valor do salário mínimo R\$ 1.412,00

A seguir, são apresentados os dados das puérperas adolescentes quanto as demais características sociodemográficas.

Tabela 2 – Frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas – parte 2. Recife, PE, Brasil, 2024.

Variável	n = 71 ¹	P -valor
Etilista		
Não	55 (77%)	< 0,001*
Sim	16 (23%)	
Tabagista		
Não	56 (79%)	< 0,001*
Sim	15 (21%)	
Quantidade de cigarros por dia		
Menos de 1 maço	9 (13%)	< 0,001*
Mais de 1 maço	6 (8,0%)	
Não sabe/Não se aplica	56 (79%)	
Usuária de drogas		
Não	59 (83%)	< 0,001*
Sim	12 (17%)	
Sofreu violência doméstica		
Não	57 (80%)	< 0,001*
Sim	14 (20%)	
Sofreu violência doméstica por quem?		
Não sabe/Não se aplica	58 (82%)	< 0,001*
Pelo companheiro	13 (18%)	

¹n(%), *Significativo a 5%, ² Teste Qui-quadrado de aderência.

NC - Não conclusivo

As puérperas adolescentes apresentaram média da coitarca de 13,90 ± 1,64 anos, com o mínimo de 11 e máximo de 17 anos.

No tocante aos recém-nascidos, a média do peso em gramas (g) foi de 2.196,11 ± 481,27 com peso mínimo de 600 e máximo de 3.118. Em seguida, a média do método Capurro foi de 33,55 ± 2,44 com mínimo de 24 e máximo de 36 semanas. Já relacionado ao Apgar, no primeiro minuto, a média foi de 6,51 ± 1,33 com mínimo de 4 e máximo de 9 e no quinto minuto, a média foi de 8,07 ± 1,02 com mínimo de 6 e máximo de 10.

A seguir, será apresentada a tabela com as variáveis que permitem avaliar o perfil clínico reprodutivo e desfechos neonatais das entrevistadas.

Tabela 3 - Frequências absolutas e relativas do perfil clínico reprodutivo e desfechos neonatais. Recife, PE, Brasil, 2024.

Variável	n = 71 ¹	P -valor
Gestação indesejada		
Não	49 (69%)	0,0013*
Sim	22 (31%)	
Informação sobre sexualidade		
Não	2 (3,0%)	< 0,001*
Sim	69 (97%)	
Fornecedor das informações sobre sexualidade		
Amigos	10 (14%)	< 0,001*
Familiares	10 (14%)	
Não sabe/Não se aplica	1 (1,4%)	
Professores	6 (8,6%)	
Profissionais de Saúde	42 (59%)	
Rede Social	2 (3,0%)	
Profissional da saúde fornecedor das informações		
Enfermeiro	39 (55%)	< 0,001*
Médico	3 (4,0%)	
Não sabe/Não se aplica	29 (41%)	
Via de nascimento		
Cesariana	28 (39%)	0,075
Vaginal	43 (61%)	
Unidade que o recém-nascido foi encaminhado		
Alojamento conjunto	19 (27%)	0,423
UCI	28 (39%)	
UTI	24 (34%)	
Mecanismo respiratório do recém-nascido		
Ar ambiente	26 (37%)	< 0,001*
CPAP	26 (37%)	
Intubado	13 (18%)	
Uso de O ₂	6 (8,0%)	
Desfecho neonatal		
Alta	11 (15%)	< 0,001*
Não precisou de reanimação	20 (28%)	
Óbito	5 (8,0%)	
Reanimação em sala de parto	35 (49%)	

¹n(%), *Significativo a 5%, ² Teste Qui-quadrado de aderência.

NC - Não conclusivo

Em seguida será apresentada a tabela 4 com as variáveis referentes os dados do perfil gineco-obstétrico das puérperas adolescentes.

Tabela 4 – Frequências absolutas e relativas do perfil gineco-obstétrico. Recife, PE, Brasil, 2024.

Variável	n = 71 ¹	P -valor
Número de gestações		
Uma	49 (69%)	
Duas	18 (25%)	<0,001*
Três ou mais	4 (6,0%)	
Intervalo interpartal		
Menos de 2 anos	9 (13%)	
Mais de 2 anos	6 (8,0%)	< 0,001*
Não sabe/Não se aplica	56 (79%)	
Número de partos normais		
Um	17 (24%)	
Dois	1 (1,0%)	< 0,001*
Nenhum	53 (75%)	
Número de cesáreas		
Nenhum	62 (87%)	< 0,001*
Uma	9 (13%)	
Aborto		
Não	57 (80%)	< 0,001*
Sim	14 (20%)	
Quantidade de abortos		
Não sabe/Não se aplica	57 (80%)	< 0,001*
Um	14 (20%)	
Idade gestacional		
20 a 26 semanas	4 (6,0%)	< 0,001*
27 ou mais semanas	67 (94%)	
Idade gestacional da primeira consulta		
Até 12 semanas	43 (61%)	
De 13 a 26 semanas	25 (35%)	< 0,001*
27 ou mais semanas	3 (4,0%)	
Número de consultas do pré-natal		
Duas	7 (10%)	
Três a cinco	45 (63%)	< 0,001*
Seis ou mais	18 (25%)	
Nenhuma	1 (2,0%)	
Número de fetos		
Um	70 (99%)	< 0,001*
Dois	1 (1,0%)	

¹n(%),*Significativo a 5%, ² Teste Qui-quadrado de aderência.

NC - Não conclusivo

A Tabela 5 apresenta os antecedentes clínicos das puérperas adolescentes.

Tabela 5 – Frequências absolutas e relativas dos antecedentes clínicos. Recife, PE, Brasil, 2024.

Variável	n = 71 ¹	P -valor
Antecedentes clínicos		
Ameaça de Trabalho de Parto Prematuro	6 (8,5%)	
Anemia e Sangramento de origem uterina	5 (7,0%)	
CIUR	2 (2,8%)	
CIUR, Hipertensão Gestacional, Anemia e Obesidade	1 (1,4%)	
Diabetes gestacional	2 (2,8%)	
Hipertensão gestacional	12 (17%)	
Hipertensão gestacional e Diabetes gestacional	4 (5,6%)	
Incompatibilidade Rh	1 (1,4%)	
Infecção do Trato urinário	6 (8,5%)	NC
Infecção do Trato urinário e IST	6 (8,5%)	
Insuficiência Istmo Cervical	3 (4,2%)	
IST's	4 (5,6%)	
IST's, Infecção urinária e Anemia	2 (2,8%)	
Lúpus Eritematoso Sistêmico	1 (1,4%)	
Pré-eclâmpsia	7 (9,9%)	
Sangramento de origem uterina	5 (7,0%)	
Toxoplasmose e Hipertensão Gestacional	4 (5,6%)	

¹n(%), ^{*}Significativo a 5%, ² Teste Qui-quadrado de aderência.
NC - Não conclusivo

De acordo com a Tabela 5, nota-se que a análise dos antecedentes clínicos foi considerada inconclusiva pelo teste Qui-quadrado de aderência. Isso pode ser devido ao grande número de diferentes condições clínicas que não apresentaram um padrão claro de prevalência significativa, resultando em uma distribuição bastante ampla e variada de antecedentes entre as puérperas.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico deste estudo mostrou que as puérperas apresentaram idade média de 17 anos, cor preta e parda, com companheiro, no ensino fundamental, possuíam renda menor que um salário-mínimo, usavam drogas lícitas e ilícitas, e uma parcela sofreu violência doméstica pelo companheiro.

Um estudo de base populacional no Equador destaca que o risco para a saúde perinatal aumenta à medida que diminui a idade materna (Galeano; Orosco; Urquí, 2023). Estes riscos têm sido amplamente atribuídos às características socioeconômicas desfavoráveis, juntamente com a falta de suporte emocional da jovem grávida. Entre as menores de 15 anos, a probabilidade de morte devido a complicações relacionadas à gravidez ou ao parto é cinco vezes maior do que entre as mulheres com mais de 20 anos, tornando-se uma das principais causas de óbito nessa faixa etária (Neeser, 2023).

No tocante ao nível de escolaridade, o estudo realizado na região Sul do Brasil verificou associação entre a baixa escolaridade com gravidezes na adolescência e seus impactos no âmbito educacional da mulher (Amthauer; Cunha, 2022). Isto pois, muitas vezes, as adolescentes não frequentam de forma regular ou desistem da escola. Consequentemente, acarreta um baixo nível educacional e econômico, além de limitações relacionadas ao acesso à informação e serviços de saúde.

Diante disso, os menores níveis de escolaridade aumentam a possibilidade de ocorrência de parto prematuro, mesmo em países que possuam acesso universal aos cuidados pré-natais durante o ciclo gravídico (Toro-Huerta; Vidal; Araya-Castillo, 2023). Outro estudo desenvolvido na América Latinacorrobora para esse fato, o qual salienta que há associação entre a parto prematuro e complicações relacionadas a vulnerabilidades frente à escolaridade, renda e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Torres-Muñoz *et al.*, 2023).

Quanto à situação conjugal, os resultados de um estudo de base populacional no Equador, salienta que a relação entre o estado civil e os desfechos perinatais dependem da idade materna, mas observaram vantagens nos casamentos de mulheres entre 20 a 24 anos, quanto ao parto prematuro, baixo peso ao nascer, além de outros desfechos perinatais (Vivar, 2022). Ainda, foi possível associar que viver em casal contribui para uma maior utilização dos serviços de pré-natal, independente da faixa etária, sobretudo entre os casados legalmente e, até mesmo, entre os menores de 18 anos.

Outro fator que pode culminar em desfechos desfavoráveis ao feto é o uso de drogas lícitas e ilícitas, reforçando a importância de discorrer sobre seus efeitos deletérios. A partir disso, um estudo caso-controletraz que o alcoolismo, o tabagismo e o uso de drogas ilícitas estavam mais relacionados à baixa escolaridade, primeira relação sexual e gestação precoce (Cury *et al.*, 2022). Assim, também destaca que o uso dessas substâncias durante o período gravídico, pode acarretar complicações na saúde materno-fetal, devido ao potencial das substâncias atravessarem a barreira placentária e hematoencefálica. Logo, a assistência pré-natal precisa rastrear o uso dessas substâncias entorpecentes.

Ainda, a falta de acolhimento no pré-natal impede o reconhecimento de intercorrências importantes, incluindo sinais de violência. Um estudo qualitativo mostra que gestantes adolescentes percebem o pré-natal como interações rápidas e superficiais, o que dificulta a identificação de problemas (Marques *et al.*, 2022). Assim, a partir de um estudo caso-controle pode-se destacar que a violência é um fator previsível associado à prematuridade, aumentando a chance de parto prematuro (Defilipo *et al.*, 2022). Sem um acolhimento adequado, torna-se mais difícil intervir em situações de violência, comprometendo a segurança do desenvolvimento gestacional e, possivelmente, desencadeando o trabalho de parto prematuro por trauma.

É importante destacar que um quantitativo expressivo das participantes do estudo recebeu orientações de profissionais de saúde, sobretudo por enfermeiros. Desse modo, informar os adolescentes sobre contracepção, cuidados durante a gestação e os impactos de uma gestação precoce, pode diminuir significativamente as taxas de gravidezes não planejadas e as consequências advindas da gestação precoce, como os desfechos negativos, relacionados à prematuridade, baixo peso no nascimento e menor assistência pré-natal (David; Pampulha; Silva, 2024).

Além disso, ao analisar a variável sobre a via de nascimento, um estudo retrospectivo realizado em uma fundação hospitalar em Cascavel, no estado do Paraná, Brasil, evidenciou que houve uma expressiva parcela de partos prematuros decorrentes da cesariana. No entanto, neste estudo predominou-se o parto vaginal (Vassoler *et al.*, 2023). Assim, cabe mencionar um estudo realizado na região Sul do Brasil, o qual destacou que mães adolescentes que vivenciaram o parto vaginal apresentaram mais nascimentos prematuros, sendo justificado por esse grupo deter maiores chances de um parto prematuro espontâneo devido a imaturidade hormonal e mecânica (Amthauer; Cunha, 2022).

No presente estudo, essa predominância também foi observada, com 61% dos partos realizados por via vaginal. Esse achado reforça a associação entre a adolescência e o parto prematuro espontâneo, possivelmente relacionado à imaturidade do sistema reprodutor, como apontado na literatura. A alta frequência de parto vaginal entre as participantes pode indicar que muitos dos casos de prematuridade ocorreram de forma espontânea, e não eletiva, corroborando com o estudo citado.

Sob a perspectiva dos desfechos neonatais quanto aos mecanismos respiratórios, um estudo de coorte retrospectivo menciona que, quando é evidenciado o risco de parto prematuro, o que pode ser percebido ainda no pré-natal, uma das medidas utilizadas é o uso de corticóides pela mãe, visando a maturação pulmonar precoce do feto (Vaz *et al.*, 2023). Essa administração de corticosteróides intramusculares, contribui, de forma significativa, na redução das chances de o neonato necessitar de assistência para distúrbios respiratórios.

A corticoterapia para aceleração da maturação pulmonar fetal é indicada entre a 24ª e a 33ª semana e 6 dias de gestação, independentemente da condição das membranas amnióticas ou da quantidade de fetos, sempre que houver risco de parto prematuro nos próximos 7 dias. Considera-se um ciclo completo de corticoterapia quando forem administradas 48 horas de tratamento, com dexametasona ou betametasona (acetato/fosfato). O ciclo de resgate é indicado, no mínimo, 14 dias após o ciclo inicial, em gestantes com risco de parto prematuro nos 7 dias seguintes e que não tenham atingido 34 semanas (Areia *et al.*, 2024).

No tocante a reanimação em sala de parto, evidenciou-se que, praticamente, metade dos neonatos necessitaram. Assim, um estudo realizado em um hospital universitário do sul do Brasil traz que dentre as variáveis do seu estudo relacionada à necessidade de reanimação em prematuros moderados e tardios, há maiores chances de serem reanimados quando pequenos ou grandes para a idade gestacional e ao apresentar APGAR menor que 7 no 1º e no 5º minuto de vida, corroborando com os achados deste estudo (Descovi *et al.*, 2020).

No que concerne a assistência pré-natal, pode-se verificar que uma parcela das puérperas adolescentes iniciou a primeira consulta de forma tardia. Diante disso, destaca-se que segundo a OMS, o número adequado de consultas pré-natais deve ser igual ou superior a seis, sendo iniciado o mais precocemente possível, antes da 12ª semana gestacional (Brasil, 2014). Para enfrentar esse desafio, políticas públicas como a Rede Cegonha — instituída em 2011 — e, mais recentemente, a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rede Alyne), lançada em 2023, têm buscado qualificar o cuidado obstétrico e neonatal no Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede Alyne tem como objetivo central ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção à saúde sexual, reprodutiva, pré-natal, parto, nascimento e puerpério, com ênfase na redução das iniquidades e na humanização do cuidado (Brasil, 2023).

Consoante a isso, um estudo transversal hospitalar no Brasil apresentou a relação entre a assistência pré-natal de qualidade com a redução dos desfechos materno-fetais negativos (Vidal *et al.*, 2024). Assim, os achados evidenciaram uma relação entre a quantidade de consultas com os casos de prematuridade e baixo peso ao nascer, o qual indica que quanto maior o número de consultas, maiores são as possibilidades de intervenção oportuna, proporcionando uma gestação segura para a mãe e o feto. Aliado a isso, um estudo caso-controle também enfatiza que iniciar precocemente o pré-natal, levando a realizar mais de seis consultas ao final da gestação, está associado à menor chance de parto prematuro (Defilipo *et al.*, 2022).

Corroborando, ainda, com os achados apresentados, o estudo de coorte retrospectivo destaca a relação entre a prematuridade e o baixo número de consultas de pré-natal, o que não apenas afeta a qualidade da assistência prestada, mas também limita o acesso a informações essenciais e à identificação de fatores de risco (Vaz *et al.*, 2023). A estratificação de risco obstétrico durante o pré-natal permite direcionar a gestante para um acompanhamento especializado, visando prevenir desfechos desfavoráveis. Nesse contexto, um estudo transversal hospitalar aponta que o alto risco gestacional está relacionado ao baixo peso ao nascer e à necessidade de suporte ventilatório para a sobrevivência do neonato (Vidal *et al.*, 2024).

Em relação à situação de abortamento anterior, destaca-se que uma experiência anterior de aborto provocado está fortemente relacionada ao nascimento prematuro em gestações futuras, e o risco desse evento cresce com o número abortos vivenciados. Também se observou que a probabilidade de parto antecipado é 25% maior em gestantes com histórico de um aborto provocado (Carvalho *et al.*, 2021).

Levando em consideração o aborto espontâneo, que ocorre em até 15% das gestações confirmadas, geralmente no primeiro trimestre, também se reconhece que o histórico desse evento está associado a um aumento no risco de parto prematuro nas gravidezes subsequentes. Um possível mecanismo para justificar a associação entre aborto prévio e risco elevado de parto prematuro é o enfraquecimento do colo do útero, resultante de lesões provocadas pelo tratamento cirúrgico do aborto (Menezes, 2023).

Diante disso, evidencia-se que para compreender amplamente os desfechos pós-parto para o neonato, é necessário analisar as variáveis relacionadas aos antecedentes clínicos maternos. Neste estudo, observou-se uma predominância da hipertensão gestacional, seguido da pré-eclâmpsia, infecções do trato urinário (ITU) e infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Perante o exposto, ressalta-se um estudo retrospectivo realizado a partir dos dados de nascidos vivos de um hospital em Brasília, o qual apresentou que a taxa de internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal foi equivalente a 43% de mães hipertensas, enquanto para mães não hipertensas foi de 34% (Gomes *et al.*, 2021). Assim, os principais desfechos evidenciados nos neonatos das mães hipertensas são elevados riscos para prematuridade e internação em UTIs neonatais devido a necessidade de suporte ventilatório, além de um risco aumentado de baixo peso ao nascer, o que pode acarretar no aumento dos índices de mortalidade neonatal.

Ainda, o estudo anterior ressalta que, em relação à taxa de internação hospitalar em UTI Neonatal entre mães hipertensas e não hipertensas, quando relacionado aos óbitos neonatais, foi 5% maior. Consoante a isso, um estudo retrospectivo realizado no Haiti, evidenciou que dentre os 220 neonatos que foram admitidos em uma UTI Neonatal dentro do período do estudo, a taxa de mortalidade foi de 14,5% (Valcin *et al.*, 2020). Ainda, a morte foi associada ao diagnóstico materno de hipertensão, além dos diagnósticos neonatais de menor idade gestacional, menor peso ao nascer e prematuridade.

Outrossim, um estudo descritivo e retrospectivo evidenciou que as gestantes que vivenciam síndromes hipertensivas no período gravídico-puerperal estão expostas a maiores chances de internação hospitalar, sendo a pré-eclâmpsia particularmente associada a um aumento significativo desses casos (Gomes *et al.*, 2021). Esta que se caracteriza como uma hipertensão arterial, em uma gestante previamente normotensa, após a 20ª semana gestacional, associado à proteinúria (Brasil, 2022).

Diante disso, destaca-se como fatores de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia: primigestas, que vivenciaram o parto antes da 37ª semana gestacional, história familiar de hipertensão e diabetes e antecedentes de hipertensão arterial. Assim, entre os desfechos relacionados à saúde materna, estão a necessidade de realização de cesariana, a presença de proteinúria, o desenvolvimento de pré-eclâmpsia complicada, eclâmpsia, síndrome HELLP, maior duração de hospitalização e mortalidade materna (Mesquita *et al.*, 2022).

Em relação à estratégia terapêutica, a aspirina é amplamente considerada um tratamento medicamentoso preventivo da pré-eclâmpsia com forte apoio de evidências científicas. Assim, o uso diário de doses baixas de aspirina, iniciado ao final do primeiro trimestre e mantido até a 36ª semana de gestação, diminui o risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia em cerca de 18% (Silva *et al.*, 2024).

Um estudo clínico randomizado realizado em vários países, identificou que mulheres nulíparas com gestação única que foram designadas para o uso de aspirina em dose baixa, entre 6 semanas e 0 dias e 13 semanas e 6 dias até 36 semanas de gestação, apresentaram uma redução de 11% na probabilidade de parto antes de 37 semanas. De maneira semelhante, o risco de parto prematuro precoce diminuiu em 25%, e a mortalidade perinatal foi reduzida em 16% (Hoffman *et al.*, 2020).

Um estudo baseado em um ensaio clínico multicêntrico aberto, elucidou que gestantes com hipertensão estágio 1 apresentaram maior incidência de pré-eclâmpsia em comparação às normotensas. Para as mulheres com hipertensão estágio 1, a taxa de pré-eclâmpsia foi de 16% no grupo controle e 8,1% no grupo que usou aspirina. Os resultados indicaram que a dose inicial de 100 mg/dia de aspirina, administrada antes ou entre as 16ª e 34ª semanas de gestação, pode ter um efeito preventivo mais eficaz contra a pré-eclâmpsia (Huai *et al.*, 2021).

Ainda relacionada a estratégia preventiva, uma revisão sistemática com metanálise identificou a suplementação de cálcio durante a gravidez na prevenção das síndromes hipertensivas. A análise do estudo investigou a suplementação de 1 a 2g Ca/dia na gestação (iniciada < 20 semanas) e concluiu que o seu uso reduziu o risco de pré-eclâmpsia em 55% (Hofmeyr *et al.*, 2018).

O cálcio também pode ser utilizado para reduzir as complicações graves dos distúrbios hipertensivos. Assim, um ensaio clínico controlado realizado na Região Sul do Brasil, evidenciou que suplementação diária de cálcio após oito semanas diminuiu os níveis de pressão arterial, proteinúria, creatinina e paratormônio nas

gestantes com hipertensão, ajudando na redução do risco de pré-eclâmpsia associada à resposta sistêmica da hipertensão gestacional (Pitilin *et al.*, 2024).

Na perspectiva das síndromes hipertensivas, observou-se também uma ampla variabilidade nos resultados neonatais adversos. No entanto, os mais frequentes e relevantes foram destacados como os principais desfechos: escore de APGAR baixo, baixo peso ao nascer, prematuridade e necessidade de internação em UTI neonatal. Os escores de APGAR (≥ 7), o peso ao nascer (≥ 2.500) e a idade gestacional (≥ 37 semanas) apresentam alta associação com a sobrevivência e, em conjunto, constituem uma medida do bem-estar do recém-nascido, da eficácia da reanimação, bem como do tamanho e da maturidade do neonato (Almeida *et al.*, 2021).

No que concerne à ITU, um estudo de coorte retrospectivo destaca a avaliação do uso de antibióticos durante o período gravídico, possivelmente associados aos casos de infecção urinária, uma vez que tanto essa condição quanto o uso de antibióticos mostraram percentuais mais elevados entre os prematuros (Vaz *et al.*, 2023). Ainda, a prescrição desses medicamentos é frequente para infecções causadas por *Streptococos* do Grupo B e infecções urinárias (Ferracini; Rymysza, 2020; Cardoso; Schumacher, 2017).

Diante disso, complicações perinatais associadas às infecções do trato urinário incluem trabalho de parto prematuro, ruptura prematura das membranas amnióticas, recém-nascido com baixo peso, paralisia cerebral, restrição do crescimento intrauterino e óbito perinatal. Assim, a confirmação de uma infecção urinária aguda requer tratamento urgente, devido à gravidade da condição (Menezes, 2023; Gomes *et al.*, 2021).

Em um estudo qualitativo com gestantes adolescentes, as participantes apresentaram infecção urinária como intercorrência no período gestacional (Marques *et al.*, 2022). No entanto, ao expor suas queixas, não houve valorização por parte dos profissionais, o que culminou em idas e vindas ao serviço de saúde, e, de certo modo, ao desfecho de parto prematuro.

Quanto às IST, a literatura evidencia, sobretudo, infecções da sífilis e suas repercussões na saúde do neonato. Assim, a sífilis congênita, que ocorre pela transmissão vertical da mãe para o feto, é responsável por altas taxas de prematuridade, hidropsia e óbito fetal. Além disso, se a criança sobreviver, pode resultar em sequelas. Desse modo, a prevalência da sífilis congênita no Brasil está diretamente associada à qualidade do pré-natal e à escolaridade materna (Moura *et al.*, 2021).

Diante disso, outro estudo qualitativo realizado com gestantes adolescentes enfatizou que, diante da percepção dessas mulheres, há um comprometimento da experiência positiva do período gravídico-puerperal, visto que depende de interações sociais oportunizadas durante o pré-natal, quando, por muitas vezes, suas queixas não são acolhidas e valorizadas (Marques *et al.*, 2022). De forma geral, demonstra a falta de qualidade para atender as necessidades de saúde apresentadas, o que fragiliza o acolhimento e a propedêutica, podendo culminar em casos de prematuridade.

Dentre as limitações deste estudo, ressalta-se que foi realizado com puérperas adolescentes que tiveram suas experiências de nascimento em uma maternidade. Diante disso, é fundamental que sejam conduzidos outros estudos que incluam puérperas de diferentes regiões do Brasil, pois isso permitirá uma compreensão mais abrangente do perfil clínico e epidemiológico nacional.

CONCLUSÕES

O estudo evidenciou que o perfil sociodemográfico e clínico das puérperas adolescentes que vivenciaram o parto prematuro predominou a raça negra e parda, de baixa escolaridade e condições socioeconômicas, com a gestação tendo culminado em um parto vaginal. Quanto aos desfechos neonatais, os recém-nascidos necessitaram de reanimação em sala de parto, com encaminhamento para setores de terapia intermediária ou intensiva, no qual foi preciso o uso de mecanismos respiratórios. Além da presença de óbito neonatal.

Reconhecendo que estes desfechos são influenciados por diversos fatores entre gestantes adolescentes, os resultados deste estudo demonstram condições de risco como a hipertensão gestacional; a pré-eclâmpsia; e as infecções, sobretudo no trato urinário com maior prevalência. Diante disso, ressalta-se a indispensabilidade de uma assistência pré-natal de qualidade, a profilaxia oportuna para as síndromes hipertensivas e o fortalecimento da educação em saúde para a melhoria dos desfechos maternos e neonatais.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse de nenhuma natureza.

Referências:

ALMEIDA, V. A. H. *et al.* Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 12, p. e00145919, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6SLGV69GPhbkfhXbL4vZNVc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2025.

ALMEIDA, W. S. *et al.* Avaliação dos resultados neonatais e fatores associados em gestantes com pré-eclâmpsia grave: uma revisão sistemática. **REAS**, v. 13, n. 2, p. e5799, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5799>. Acesso em: 19 maio. 2025.

AMTHAUER, C.; CUNHA, M. L. C. Sociodemographic and gestational factors of adolescent mothers associated with prematurity. **Rev Rene**, v. 23, p. e78741, 2022. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/hevila/RevRene/2022/vol23/35.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2025.

AREIA, A. L. *et al.* Corticosteroids for women at risk of preterm birth – Updated Guidelines. **Acta Obstet Ginecol Port**, v. 18, n. 2, p. 175-178, 2024. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/14767058.2022.2160628?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed#abstract. Acesso em: 18 nov. 2025.

BERLITZ, B. *et al.* Fatores de risco aos desfechos obstétricos e neonatais de mães adolescentes. **Rev Enferm UFSM**, v. 10, p. e89-e89, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/40813/pdf>. Acesso em: 18 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**. Nascidos vivos – Pernambuco. Disponível em: <https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpe.def>. Acesso em: 19 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.153, de 10 de agosto de 2023**. Institui a Rede de Atenção Materna e Infantil – Rede Alyne no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 ago. 2023, Seção 1, n. 153, p. 197. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.153-de-10-de-agosto-de-2023-501119700>. Acesso em: 19 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 18 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde,

2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 18 nov. 2025.

CARDOSO, D. J. S.; SCHUMACHER, B. Epidemiological characteristics of neonatal admissions in a public maternity. **Rev Enferm UFPI**, v. 6, n. 4, p. 28-32, 2017. Disponível em: <https://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6305/pdf>. Acesso em: 19 maio 2025.

CARVALHO, F. C. *et al.* Fatores de risco maternos mais prevalentes, relacionados à ocorrência de partos prematuros: revisão de literatura. **BJSCR**, v. 36, n. 1, p. 112-123, 2021. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210906_133301.pdf. Acesso em: 19 maio 2025.

CORTEZ, M. B. *et al.* Análise das complicações clínico-obstétricas em gestantes adolescentes segundo a Classificação de Robson. **Rev enferm UERJ**, v. 29, n. 1, p. 49539, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/49539/37937>. Acesso em: 18 nov. 2025.

CURY, A. C. G. *et al.* Uso de tabaco, álcool, drogas ilícitas e medicamentos na gestação, aspectos sociais e suas repercussões materno-fetais. **REAS**, v. 15, n. 6, p. e10381, 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10381>. Acesso em: 19 maio 2025.

DAVID, F. A. H. S.; PAMPOLHA, C. B.; SILVA, M. C. F. Gravidez na adolescência: impactos na vida das gestantes e assistência na saúde pública. **REAS**, v. 24, n. 9, 2024. Doi: <https://doi.org/10.25248/REAS.e16693.2024>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/16693/9203>. Acesso em: 18 nov. 2025.

DEFILIPO, É. C. *et al.* Factors associated with premature birth: a case-control study. **Rev Paul Pediatr**, v. 40, p. e2020486, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/mfJhgWTcbpngyKVKy938y9h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2025.

DESCOVI, M. H. M. *et al.* Reanimação de bebês prematuros moderados e tardios em sala de parto: fatores associados. **Acta paul enferm**, v. 33, p. eAPE20180134, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/k5SvwjRY86Y4whmxgXsq3fw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2025.

FARIAS, R. V. *et al.* Pregnancy in adolescence and the prematurity outlet: an integrative literature review. **REAS**, v. Sup, n. 56, p. E3977, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3977/2448>. Acesso em: 18 nov. 2025.

FELICETE, S.; ROSSETTO, M. Do planejamento à maternidade: motivações na adolescência. **Rev enferm UFPE online**, v. 16, p. e252626, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/252626/41826>. Acesso em: 18 nov. 2025.

FERRACINI, T. S.; RYMSZA, T. Prevalência de Infecção Urinária e fatores associados como causadores de trabalho de parto prematuro na Fundação Hospitalar São Lucas de Cascavel/PR. **Revista Thêma et Scientia**, v. 10, n. 1, 2020. Disponível em: <https://ojsrevistas.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/1139/1172>. Acesso em: 19 maio 2025.

FISCHER, A. C. P. *et al.* Perfil epidemiológico dos nascidos de mães adolescentes com gestações repetidas em um hospital de referência na cidade de Blumenau/SC, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2011. **Revista da AMRIGS**, v. 66, n. 1, p. 210-215, 2022. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1424982/36_2471_revista-amrigs.pdf. Acesso em: 18 nov. 2025.

GALEANO, D. O.; OROSCO, F.; URQUÍA, M. L. Child marriage and perinatal health in Ecuador, 2015-2020. **Salud Colect**, v. 9, p. e4325, 2023. Disponível em: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/4325>. Acesso em: 19 maio 2025.

GOMES, T. G. A. C. B. *et al.* Desfechos perinatais relacionados à idade materna e comorbidades gestacionais nos nascimentos prematuros. **Com. Ciências Saúde**, v. 32, n. 1, p. 43-48, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/03/1357944/862-final.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2025.

HOFFMAN, M. K. *et al.* Low-dose aspirin for the prevention of preterm delivery in nulliparous women with a singleton pregnancy (ASPIRIN): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. **Lancet**, v. 395, n. 10220, p. 285-293, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32973-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32973-3). Acesso em: 19 maio 2025.

HOFMEYR, G. J. *et al.* Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 10, p. CD001059, 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6517256/>. Acesso em: 18 nov. 2025.

HUAI, J. *et al.* Preventive effect of aspirin on preeclampsia in high-risk pregnant women with stage 1 hypertension. **J Clin Hypertens (Greenwich)**, v. 23, n. 5, p. 1060-1067, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8678830/>. Acesso em: 18 nov. 2025.

LAURIS, J. R. P. **Cálculo amostral. Estatística Bauru USP.** s.d. Disponível em: <http://estatistica.bauru.usp.br/calculoamostral/calculos.php>. Acesso em: 27 out. 2023.

MARQUES, T. M. *et al.* Adolescentes grávidas que experienciaram o nascimento prematuro: percepções acerca do cuidado pré-natal. **Esc Anna Nery**, v. 26, p. e20210253, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/SzhQRHZzVTyVzNMfZsLZLjQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2025.

MENEZES, A. Z. de A. P. Trabalho de parto prematuro em hospitais municipais: uma revisão sistemática. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 6, n. 5, p. 19712-31, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/62738>. Acesso em: 19 maio 2025.

MESQUITA, C. S. *et al.* Pré-eclâmpsia e mortalidade materna: relação entre fatores de risco, diagnóstico precoce e prevenção. **REAS**, v. 15, n. 7, p. e10533, 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10533>. Acesso em: 19 maio 2025.

MOURA, G. V. *et al.* Syphilis scenario in Brazil in a five-year period: how did the disease behaved between 2015 and 2019. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 4, n. 4, p. 15814-29, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/33500>. Acesso em: 19 maio 2025.

NEESER, N. G. C. **Influência da idade nos resultados perinatais entre gestantes adolescentes em uma maternidade escola de Salvador, Bahia.** Salvador, BA. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2023. Disponível em: https://www.oasisbr.ibict.br/vufind/Record/EBM_7335497cb7d19d02bd5041bbb670d2b8. Acesso em: 18 nov. 2025.

PITILIN, E. B. *et al.* Efeitos da suplementação do cálcio sobre marcadores da pré-eclâmpsia: ensaio clínico randomizado. **Acta paul enferm**, v. 37, p. eAPE01622, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/vWPkQpY9DcvBMXYKzGdrFfb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2025.

PONTES, B. F. *et al.* Factors related to pregnancy in adolescence: reproductive profile of a group of pregnant women. **R Pesq Cuid Fundam**, v. 15, p. e11972, 2023. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11972/11739>. Acesso em: 18 nov. 2025.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Perfil Epidemiológico 2020**. Recife: Secretaria de Saúde, 2020. Disponível em: https://cievsrecife.files.wordpress.com/2021/02/perfil-epidemiolocc81gico-2020_29.12.2020-1.pdf. Acesso em: 19 maio 2025.

SILVA, L. F. *et al.* Trabalho de parto prematuro: condições associadas. **Rev enferm UFPE online**, v. 15, p. e245860, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245860/37815>. Acesso em: 18 nov. 2025.

SILVA, P. L. F. *et al.* Pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional: implicações materno-fetais e avanços no manejo clínico. **Braz. J. Implantol. Health Sci.**, v. 6, n. 10, p. 1178-1186, 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/3841>. Acesso em: 19 maio 2025.

TORO-HUERTA, C.; VIDAL, C.; ARAYA-CASTILLO, R. Temporal trends and factors associated with preterm birth in Chile, 1992-2018. **Salud Colect**, v. 19, p. e4203, 2023. Disponível em: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/4203/2127>. Acesso em: 19 maio 2025.

TORRES-MUÑOZ, J. *et al.* Sociodemographic determinants and mortality of premature newborns in a medium and low-income population in Colombia, 2017-2019. **Biomedica**, v. 43, n. 3, p. 385-395, 30 set. 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10624478/>. Acesso em: 19 maio 2025.

VALCIN, J. *et al.* Mortality, morbidity and clinical care in a referral neonatal intensive care unit in Haiti. **PLoS One**, v. 15, n. 10, p. e0240465, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240465>. Acesso em: 19 maio 2025.

VASSOLER, R. N. *et al.* Incidência de parto prematuro e suas complicações. **Revista Thêma et Scientia**, v. 13, n. 2, 2023. Disponível em: <https://ojsrevistas.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/1949/1697>. Acesso em: 19 maio 2025.

VAZ, S. M. C. *et al.* Fatores obstétricos e neonatais associados ao nascimento prematuro: uma coorte de cinco anos. **Mundo Saúde**, v. 47, p. e14732023, 2023. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1473/1408>. Acesso em: 18 nov. 2025.

VIDAL, E. C. F. *et al.* Prenatal care associated with neonatal outcomes in maternity hospitals: a hospital-based cross-sectional study. **Rev Esc Enferm USP**, v. 57, p. e20230145, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0145en>. Acesso em: 19 maio 2025.

VIVAR, L. F. B. Validación de instrumentos para medir factores de riesgo que se presentan en las adolescentes gestantes que asisten en el recinto cien familias período enero-agosto 2019. **Más Vita**, v. 4, n. 2, p. 267-279, 2022. Disponível em: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/372/1000>. Acesso em: 18 nov. 2025.

WAKS, A. B. *et al.* Developing a risk profile for spontaneous preterm birth and short interval to delivery among patients with threatened preterm labor. **Am. J. Obstet. Gynecol. MFM**, v. 4, n. 6, p. 100727, 2022. Disponível em: <https://www.ajogmfm.org/action/showPdf?pii=S2589-9333%2822%2900159-8>. Acesso em: 18 nov. 2025.