

## **Perfil de puérperas atendidas em uma maternidade-escola do interior do Estado de São Paulo**

**Autores: Eloá Beluzzo Alves de Oliveira<sup>1</sup>, Caroline Cândido Garcia Leal<sup>2</sup>**

**Colaboradores: Cristina Camargo Dalri<sup>3</sup>, Lilian Donizete Pimenta Nogueira<sup>4</sup>**

**<sup>1,2,3,4</sup>Centro Universitário Barão de Mauá**

<sup>1</sup>*eloa.beluzzo@gmail.com (Medicina)*, <sup>2</sup>*caroline.candido@baraodemaua.br*

### **Resumo**

Objetivou-se identificar o perfil socioeconômico, obstétrico e comportamental de puérperas em uma maternidade-escola do interior do Estado de São Paulo. Pesquisa de campo, descritiva, quantitativa, com 142 puérperas, de idade entre 15 e 41 anos, a maioria solteira, com ensino médio completo, renda familiar de 1 a 2 salários-mínimos e não trabalha. Das participantes do estudo, 62,68% tinham dois filhos ou mais; 60,56% tiveram ao menos um parto cesárea; 97,18% informaram realizar o pré-natal; 84,50% tiveram seis ou mais consultas e; 65,22% não receberam orientação sobre amamentação no pré-natal. Durante a gestação, 10,56% relataram prosseguir com o hábito de fumar; 22,54% ingerir bebida alcoólica; 2,82% fazer uso de drogas ilícitas e; 88,03% não praticar atividade física. É necessário que os profissionais de saúde garantam, desde o pré-natal, o acesso às informações acerca do cuidado à saúde materno-infantil.

### **Introdução**

De acordo com Brasil (2016a) o puerpério se inicia imediatamente após o parto e pode ser dividido em: imediato (1° ao 10° dia), tardio (11° ao 45° dia) e remoto (após o 45° dia, com término imprevisto). O cuidado com a mulher é fundamental para a saúde materna e neonatal e deve incluir o pai, a família, equipe de saúde e toda a rede social envolvida nesta fase do ciclo vital e familiar. O período pós-parto é marcado pelos desafios do aleitamento materno, prática que contribui com a saúde da mãe e do bebê, pois no leite materno, além de conter todos os nutrientes essenciais para o recém-nascido, possui anticorpos que o protegem contra doenças e infecções, ainda, colabora com a saúde da mulher pois reduz os riscos com as complicações hemorrágicas pós-parto, reduz risco de câncer de mama e de ovário, entre outros benefícios. (BRASIL, 2015; VICTORA, 2016). Vale destacar ainda nesse período, que fatores como idade, condição socioeconômica, saúde mental, características

físicas e funcionais levam uma mulher a um processo de avaliação social que influencia a sua capacidade de se tornar apta ou não a exercer as responsabilidades de ser mãe (PÉREZ, 2014). Nesse sentido, os profissionais de saúde devem estar atentos e preparados para apoiar a mulher e sua família elucidando suas dúvidas e questionamentos e auxiliando-os com os problemas que possam surgir nessa fase. Por conseguinte, é evidente que o suporte e cuidado oferecidos durante a gravidez e após o parto promovem uma gestação segura, além de contribuir para a formação de vínculos com os profissionais de saúde, sendo assim, gestantes e puérperas precisam ter suas necessidades e dificuldades atendidas, não somente relacionadas ao bebê, mas também a amamentação (SANTOS *et al.*, 2022).

### **Objetivo**

Identificar o perfil socioeconômico, obstétrico e comportamental das mulheres no puerpério imediato em uma maternidade-escola do interior do Estado de São Paulo.

### **Material e métodos**

#### **Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, de abordagem metodológica quantitativa em que foram investigados: o perfil socioeconômico, obstétrico e comportamental de mulheres durante o puerpério imediato.

#### **Local do estudo**

Este estudo foi realizado no alojamento conjunto de um hospital de ensino, localizado no município de Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo.

#### **Participantes do estudo**

As participantes do estudo foram 142 mães adolescentes e adultas, que aceitaram participar do estudo e estavam internadas durante o puerpério imediato no alojamento conjunto de um

hospital de ensino do município de Ribeirão Preto – SP.

### Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas nesta pesquisa puérperas: adolescentes e adultas, que estavam internadas no alojamento conjunto da maternidade eleita para este estudo, no período pós-parto imediato e aceitaram participar voluntariamente do estudo no período de setembro de 2023 a janeiro de 2024. Foram excluídas desta pesquisa puérperas: que estavam amamentando no momento da entrevista, com visitas, com óbito fetal e que se recusaram a participar do estudo.

### Procedimentos de coleta de dados

Para caracterização das participantes do estudo, elas responderam, por meio de entrevista, a um roteiro semiestruturado contendo 17 questões, o qual fora elaborado pelas pesquisadoras e avaliado por duas expertises na área. O roteiro contém dados de caracterização, tais como: socioeconômicos, obstétricos e comportamentais. Também foram obtidos dados sobre o histórico e o conhecimento em aleitamento materno. Para este estudo apresenta-se os dados socioeconômicos, obstétricos e comportamentais.

### Procedimentos éticos do estudo

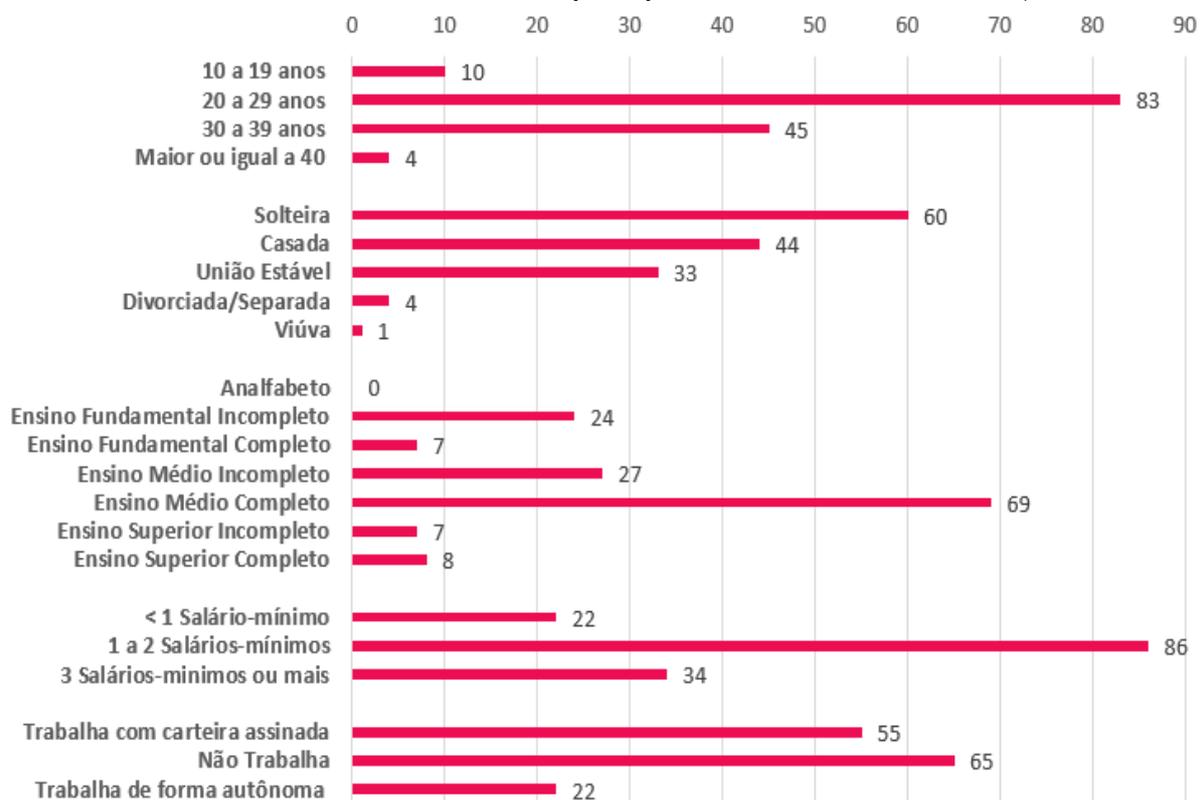
Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Barão de Mauá, município de Ribeirão Preto – SP, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 71029123.5.0000.5378. Considerando-se que a presente pesquisa envolve diretamente seres humanos, foram respeitados todos os preceitos éticos contidos nas Resoluções Nº 466/12 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016b).

As participantes com idade de 10 a 17 anos completos foram incluídas no estudo após consentirem em participar, assinarem o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e seu responsável assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o responsável pela adolescente. As participantes com idade a partir de 18 anos completos foram incluídas no estudo após consentirem em participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Resultados e discussão

Para atender ao objetivo proposto neste estudo, apresentamos a seguir, os resultados relativos ao perfil socioeconômico das puérperas entrevistadas.

**Gráfico 01- Perfil socioeconômico das participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2024**



Fonte: autoria própria

Observando os dados das 142 (100%) mulheres no puerpério imediato, a faixa etária variou entre 15 e 41 anos de idade, sendo a média de idade das puérperas de 27,48 anos. A faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos de idade, conforme apresentado no gráfico 01, assim, pertencentes ao grupo de menor risco obstétrico. Da amostra de 142 (100%) puérperas estudadas: 10 (7,04%) tinham entre 10 e 19 anos de idade, consideradas adolescentes segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009); 83 (58,45%) tinham de 20 a 29 anos de idade; 45 (31,69%) tinham entre 30 e 39 anos de idade e quatro (2,82%) tinham 40 anos de idade ou mais. No mundo, a cada ano, em torno de 16 milhões de meninas entre 15 e 19 anos e 2 milhões de adolescentes menores de 15 anos dão à luz. Estima-se que até o ano de 2035, os nascimentos alcançarão em torno de 20 milhões, assim, um dos maiores problemas de saúde pública será a gravidez na adolescência (UNFPA, 2024). A gravidez na adolescência pode causar sérios problemas não só para as meninas, mas também para a sua família e para a sociedade. A revisão sistemática de Chung, Kim e Lee (2018) revelou fatores de risco relacionados à gravidez na adolescência em países de baixa e média renda, tais como: os comportamentos sexuais de risco, a experiência familiar do nascimento na adolescência, o baixo nível de escolaridade e a falta de educação sexual e de serviços de saúde. Por outro lado, deve-se considerar que em alguns casos, a gravidez pode fazer parte dos projetos de vida nessa faixa etária, e até se revelar como um elemento reorganizador da vida e não somente desestruturador (BRASIL, 2017).

Além disso, conforme apresentado no gráfico 01, quatro mulheres tinham idade maior ou igual a 40 anos, de acordo com Saccone *et al.* (2022) mulheres com idade  $\geq 40$  anos apresentaram risco significativamente maior de natimorto, mortalidade perinatal, restrição de crescimento intrauterino, morte neonatal, admissão em unidade de terapia intensiva neonatal, pré-eclâmpsia, parto prematuro, parto cesáreo, e mortalidade materna em comparação com mulheres com menos de 40 anos.

No que se refere ao estado civil observa-se a prevalência de mulheres solteiras, sendo 60 (42,25%) delas; 44 (30,99%) eram casadas, 33 (23,24%) se encontravam em união estável, quatro (2,82%) eram divorciadas e uma (0,70%) era viúva. Posto isso, é fundamental a criação de políticas públicas visando a formação e/ou ampliação da rede social de apoio, especialmente às mulheres solteiras. Os profissionais de saúde também podem auxiliar como rede de suporte e informando as mães acerca de seus direitos tais

como o auxílio-maternidade e o acesso a vaga em creche e pré-escola às crianças de zero a cinco anos de idade previsto no Estatuto da Criança e Adolescente (BRASIL, 1990).

Quanto ao nível de escolaridade, 24 (16,90%) puérperas não completaram os estudos no ensino fundamental, sete (4,93%) concluíram o ensino fundamental, 27 (19,01%) não concluíram o ensino médio, 69 (48,59%) concluíram o ensino médio, sete (4,93%) não completaram o ensino superior e oito (5,63%) completaram o ensino superior. Nota-se que 40,84% do grupo pesquisado não completaram o ensino escolar, associado a essa porcentagem, é necessário ressaltar a correlação entre a baixa escolaridade materna como um fator que predispõe ao aparecimento de situações potencialmente de risco tais como: baixo peso ao nascer, perimortalidade, neomortalidade e mortalidade infantil, assim como ao aumento do número de partos (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001).

Este estudo também revelou que o maior percentual de mulheres apresenta renda familiar média de um a dois salários-mínimos<sup>1</sup>, sendo 86 (60,56%) delas; 22 (15,49%) mulheres tinham renda familiar média de menos de um salário-mínimo; e 34 (23,94%) três salários-mínimos ou mais. Este perfil socioeconômico de predominantemente um a dois salários-mínimos influencia em como as puérperas lidam, por exemplo, com o aleitamento materno visto que a amamentação é uma prática socio-determinada, isto é, influenciada por fatores sociais e econômicos, é evidente que o custo do aleitamento materno exclusivo é demasiadamente menor que o custo da alimentação do lactente com fórmula infantil ou leite de vaca, essa vantagem deve ser considerada, principalmente em famílias de baixo poder aquisitivo (ARAÚJO *et al.*, 2004).

Já em relação a situação de trabalho os resultados alertam para a relação de 65 (45,77%) puérperas que não trabalham e 77 (54,22%) que trabalham, sendo 55 (38,73%) com carteira assinada e 22 (15,49%) de forma autônoma. Como forma de auxílio a grande parcela de mães desempregadas e àquelas que trabalham de forma autônoma e terão suas atividades interrompidas pelo período de licença maternidade, no Brasil temos o salário-maternidade, auxílio pago pela Previdência Social para a mulher, por motivo de nascimento de filho, aborto não criminoso e adoção ou guarda judicial para fins de adoção, o objetivo desta ajuda é dar segurança financeira às mães para exercer a maternidade nos primeiros meses após a chegada do filho (BRASIL, 2023).

Quanto às características obstétricas apresenta-se o quadro 01 a seguir.

<sup>1</sup>Salário-mínimo a partir de 1º de fevereiro de 2024 igual a R\$1.412,00 (mil quatrocentos e doze) (BRASIL, 2024).

**Quadro 01 - Distribuição das participantes da pesquisa quanto às características obstétricas, classificadas em gestações, total de partos, cesárias e abortos. Ribeirão Preto, 2024.**

Antecedentes obstétricos		N	%
Número de gestações	1	48	33,80
	2	41	28,87
	3	27	19,01
	Maior ou igual a 4	26	18,31
Número total de partos	1	54	38,03
	2	44	30,99
	3	28	19,72
	Maior ou igual a 4	16	11,27
Número de partos cesárea	0	56	39,44
	1	39	27,46
	2	32	22,54
	3	14	9,86
	Maior ou igual a 4	1	0,70
Número de abortos	0	112	78,87
	1	22	15,49
	2	8	5,63
	Maior ou igual a 3	0	0,00

Fonte: autoria própria

No que diz respeito ao número de partos 54 (38,03%) são primigestas e 88 (61,98%) são múltiparas, sendo que, 44 (30,99) tiveram dois partos, 28 (19,72%) tiveram três partos e 16 (11,27) tiveram quatro ou mais partos. A taxa de fecundidade no Brasil em 2019 foi de 1,71 filho por mulher (IBGE, 2019), o que representa uma queda em relação a 2018, quando a taxa era de 1,77 filho por mulher. Ainda há muita incerteza sobre a trajetória a ser seguida por essa variável demográfica no país. Compreende-se que alguns fatores influenciaram a queda da taxa de fecundidade total, tais como: a maior disponibilidade de meios de comunicação, o melhor acesso à educação e o intenso processo de urbanização e a política de incentivo ao uso de métodos contraceptivos (BRASIL, 2021). Quanto ao número de partos operatórios, 39 (27,46%) puérperas realizaram uma cesariana, 32 (22,54%) realizaram duas; 14 (9,86%) realizaram três; e uma (0,70%) realizou quatro ou mais

cesarianas. Estudo recente evidenciou que mulheres submetidas ao parto cesárea tiveram 3,1 vezes mais possibilidades de morrer do que as que tiveram parto normal (MASCARELLO; HORTA; SILVERIA, 2017). A cesariana somente deve ser indicada em situações de comprovada morbidade obstétrica e riscos fetais, pois expõe a mulher a riscos inerentes de uma cirurgia, como hemorragias, infecções, reações anestésicas, embolias, entre outros (FAHMY; CRISPIM; CLIFFE, 2018).

Apresenta-se que o número de gestações não coincide com o número de partos, isso decorre da ocorrência de abortos. Em relação a esta ocorrência, como expresso no quadro 01, 30 (21,12%) puérperas relataram que tiveram abortos anteriores, sendo que 22 (15,49) tiveram um aborto e oito (5,63) tiveram dois abortos anteriores. Em relação às características do pré-natal, apresenta-se o quadro 02 a seguir:

**Quadro 02 - Distribuição das participantes da pesquisa que realizaram consultas pré-natal, número de consultas e recebimento de orientação. Ribeirão Preto, 2024.**

Pré-natal		N	%
Realizou o pré-natal	Sim	138	97,18
	Não	4	2,82
Número de consultas	Zero	4	2,82
	Menos de 6	18	12,68
	6 a 8	38	26,76
	9 a 10	27	19,01
	Mais de 10	55	38,73
Recebeu orientação sobre amamentação no pré-natal (puérperas que realizaram o pré-natal) n total = 138	Sim	48	34,78
	Não	90	65,22

Fonte: autoria própria

Analisando o quadro 02 é possível observar que das 142 (100%) puérperas analisadas, 138 (97,18%) realizaram o pré-natal e quatro (2,82%) não realizaram nenhuma consulta.

Além disso, é importante realçar que do total de 138 (100%) puérperas que realizaram o pré-natal, 90 (65,22%) não receberam orientação sobre amamentação, mesmo com a média de consultas alta; 82 (59,42%) das puérperas que realizaram o pré-natal compareceram em nove ou mais consultas. O Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo ideal que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34ª semana, sejam realizadas consultas

mensais. Entre a 34ª e 38ª semanas é indicado uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38ª semana, consultas semanais até o parto, que geralmente acontece na 40ª semana, mas pode ocorrer até 42 semanas (BRASIL, 2022a).

Além das quantidades mínimas de consultas, é necessário que a assistência pré-natal seja de qualidade, ou seja, consiga cumprir com seus objetivos que são; além de assegurar o desenvolvimento saudável da gestação e permitir um parto com menores riscos para a mãe e para o bebê, também realizar atividades educativas e preventivas, como a orientação acerca da amamentação (BRASIL, 2022b).

Quanto ao perfil comportamental das participantes do estudo, apresenta o quadro 03, a seguir:

**Quadro 03 – Perfil comportamental das participantes da pesquisa. Ribeirão Preto, 2024**

Comportamento na última gestação		N	%
Uso de tabaco	Sim	15	10,56
	Não	127	89,44
Ingesta de bebida alcoólica	Sim	32	22,54
	Não	110	77,46
Uso de drogas ilícitas	Sim	4	2,82
	Não	138	97,18
Prática de atividade física	Sim	17	11,97
	Não	125	88,03

Fonte: autoria própria

Observa-se que durante a gestação, 15 (10,56%) participantes do estudo relataram prosseguir com o hábito de fumar e 32 (22,54%) ingerir bebida alcoólica e, quatro (2,82%) fazer uso de drogas ilícitas. É de suma importância correlacionar o uso de drogas psicoativas aos determinantes sociais da saúde, foi comprovado a associação entre a maior incidência do uso de álcool, drogas e tabaco e a multigestação, inadequação do número de consultas pré-natais, suplementação inadequada e baixo nível de escolaridade. Além disso, é notório que o estilo de vida e comportamento adotados pelas gestantes, relacionados ao uso de drogas e álcool, associam-se com incidência de parto prematuro, baixo peso ao nascer e impacto adverso na duração da gravidez. Desta forma faz-se necessário estabelecer vínculo profissional de saúde-paciente para que seja possível conhecer o cenário social em que as gestantes estão inseridas e possibilitar o desenvolvimento de intervenções individualizadas voltadas à gestante e sua rede social (CRISÓSTOMO *et al.*, 2022). Ainda durante a gestação, 125 (88,03%) participantes do estudo referiram não praticar atividade física. É notório que a atividade física durante a gravidez oferece baixo risco e é considerada benéfica, o ganho de peso saudável, a manutenção da aptidão física, a diminuição do risco de diabetes gestacional, o aumento do bem-estar psicológico, a facilidade do

parto e o bom relacionamento entre mãe e filho após o nascimento são alguns dos benefícios que justificam a recomendação da atividade física. Porém, poucas mulheres são fisicamente ativas durante a gravidez, isso ocorre pelo desconhecimento das vantagens pelas puérperas aliado as concepções errôneas sobre os benefícios da atividade física na gravidez por parte dos profissionais envolvidos no pré-natal. Além disso a desinformação e a falta de encorajamento por amigos e família também corroboram para a pequena taxa de mulheres que se mantem ativas fisicamente durante a gestação. Salienta-se que os agentes de saúde e enfermeiros são os profissionais que mais orientam a continuidade desta prática (GONÇALVES *et al.*, 2024).

## Conclusão

Os resultados deste estudo podem contribuir para que a equipe de saúde possa traçar planos de gestão direcionados à saúde das mulheres, de forma a atender integralmente às suas necessidades desde a gestação até o período pós-parto, com vistas a uma assistência pré-natal e puerperal qualificada.

Nesse sentido, é fundamental que os profissionais de saúde estejam sensibilizados, preparados e envolvidos com a promoção da saúde materno-infantil.

## Referências

ARAÚJO, M. F. M. *et al.* Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 135-141, jun. 2004. DOI: 10.1590/s1519-38292004000200003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/KZZwYtd74bTYmHFHmCvJZjt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 16 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica nº 13/2022-SAPS/MS**. 2022a. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota\\_tecnica\\_13.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_13.pdf). Acesso em: 15 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde**: 2019: análise da situação de saúde do Brasil. Brasília, 2021. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_2019\\_analise\\_situacao\\_saude\\_brasil.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_2019_analise_situacao_saude_brasil.pdf). Acesso em: 11 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal**. 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez/pre-natal#:~:text=O%20objetivo%20deste%20acompanhamento%20de,realizadas%20pelos%20profissionais%20do%20servi%C3%A7o>. Acesso em: 6 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: saúde das mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. p. 131-135. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf). Acesso em: 27 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Salário-Maternidade**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inss/pt-br/direitos-e-deveres/salario-maternidade/salario-maternidade>. Acesso em: 6 Mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger\\_cuidar\\_adolescentes\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf). Acesso em: 10mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, 23). Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_e\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_e_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf). Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. [s. l.], 12 dez. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016**. [s. l.], 7 abr. 2016b. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 20 jul. 2022.

CHUNG, H. W.; KIM, E. M.; LEE J. Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low-and middle-income countries: a systematic review. **Journal of Adolescence**, [s. l.], v. 69, p. 180-188, 2018. DOI: 10.1016/j.adolescence.2018.10.007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6284104/pdf/main.pdf>. Acesso em: 05 maio 2024.

CRISÓSTOMO, B. S. *et al.* Determinantes sociais da saúde e o uso de drogas psicoativas na gestação. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 35, p. 1-9, jun. 2022. Acta Paulista de Enfermagem. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Hs3mVc3c4cdV3t5GwQhjDSS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 maio 2024.

FAHMY, W. M.; CRISPIM, C. A.; CLIFFE, S. Association between maternal death and cesarean section in Latin America: a systematic literature review. **Midwifery**, v. 59, p. 88-93. 2018.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Gravidez na adolescência** [Internet]. Fundo de População das Nações Unidas, 2024. Disponível em: <https://www.unfpa.org/adolescent-pregnancy>. Acesso em: 11 mar. 2024.

GONÇALVES, H. *et al.* Why are pregnant women physically inactive? A qualitative study on the beliefs and perceptions about physical activity

during pregnancy. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 40, n. 1, p. 1-13, nov. 2024. DOI: 10.1590/0102-311xen097323. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10775962/pdf/1678-4464-csp-40-01-EN097323.pdf>. Acesso em: 05 maio 2024.

Haidar, F. H.; Oliveira, U. F.; Nascimento, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 1025-1029, ago. 2001. DOI: 10.1590/s0102-311x2001000400037.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas do registro civil 2019**. Disponível em: [https://recivil.com.br/wp-content/uploads/2020/12/rc\\_2019\\_v46\\_informativo.pdf](https://recivil.com.br/wp-content/uploads/2020/12/rc_2019_v46_informativo.pdf). Acesso em: 11 mar. 2024.

Mascarello, K.C.; Horta, B. L.; Silveria, M. F. Maternal complication sand cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. **Revista de Saúde Pública**. v. 51:105. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Child and adolescent health and development**. Genebra: OMS, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/child-adolescent-health/>. Acesso em: 12 mar. 2024.

Pérez, M. P. C. Mitos acerca de La maternidad em mujeres com discapacidad. **Perinatología y Reproducción Humana**, v. 28, n. 2, p. 91-6, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v28n2/v28n2a4.pdf>. Acesso em 27 jul. 2022.

Saccone, G. *et al.* Maternal and perinatal complications according to maternal age: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [S.L.], v. 159, n. 1, p. 43-55, 7 fev. 2022. DOI:10.1002/ijgo.14100. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.14100>. Acesso em: 05 maio 2024.

Santos, R. M. M. S. *et al.* Aleitamento materno e perfil sociodemográfico e obstétrico entre puérperas atendidas em maternidade pública de referência. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. L.], v. 11, n. 3, pág. 1-10, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i3.25900. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25900>. Acesso em: 14 abr. 2023.

Victoria, C. G. The Lancet: série sobre amamentação. **Epidemiologia e Serviços de**

**Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 203-204, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/McbQnb9QFfVGPcTvxCBmVpn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 maio 2024.