



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

**INTERVENÇÕES NA SAÚDE DE MÃES ADOLESCENTES E SEUS
FILHOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Danielle Vieira Brandão

**Rio de Janeiro
<Julho> de <2021>**



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

INTERVENÇÕES NA SAÚDE DE MÃES ADOLESCENTES E SEUS FILHOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

DANIELLE VIEIRA BRANDÃO

Dissertação apresentada ao mestrado em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz, como parte dos requisitos para obtenção do título em Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Dra. Maria A. Gomes
Co Orientador: Dra. Aline Entringer

**Rio de Janeiro
<Julho> de <2021>**

CIP - Catalogação na Publicação

Brandão, Danielle Vieira.

INTERVENÇÕES NA SAÚDE DE MÃES ADOLESCENTES E SEUS FILHOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA / Danielle Vieira Brandão. - Rio de Janeiro, 2021.

73 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2021.

Orientadora: Maria A. Gomes.

Co-orientadora: Aline Entringer.

Bibliografia: f. 64-72

1. Atenção Primária. 2. Adolescente. 3. Desenvolvimento Infantil. I. Título.

DEDICATÓRIA

A minha amada mãe, **Diva**, por ter me ensinado a ter fé e não desistir mesmo nas dificuldades.

Ao meu amor, companheiro de momentos bons e ruins e grande incentivador, **Léo**, por me fazer acreditar que tudo é possível e me mostrar que sempre sou capaz de ir além.

Aos meus **irmãos** e **sobrinhos**, pelo amor e apoio de sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às minhas queridas orientadoras, Maria A. Gomes e Aline Entringer, por toda generosidade, paciência e ensinamentos.

A todas as minhas companheiras de turma, pelo apoio em cada fase e por todos os cafés com ideias que tivemos juntas.

As minhas queridas Carolina e Geisa, revisoras amigas e grande incentivadoras.

Aos meus amigos da Atenção Primária, especialmente Gabriela e Juliana, que sempre estiveram comigo nessa jornada.

RESUMO

A maternidade na adolescência engloba diversas questões de saúde: sociais, culturais e individuais, tanto físicas quanto psicológicas. Pensar no segmento mães adolescentes e suas crianças, traz questões especialmente relevantes para as políticas públicas e por se tratar de um fenômeno biopsicossocial complexo, coloca em cena a necessidade de estratégias diversificadas, com características intersetoriais. O objetivo desta pesquisa foi, através de uma revisão sistemática, analisar as intervenções em saúde realizadas na atenção primária para as mães adolescentes e seus filhos, identificando parâmetros, pressupostos e desfechos selecionados para auxiliar no processo de tomada de decisão em políticas públicas em saúde. Esta revisão seguiu o fluxograma do “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses” (PRISMA), e foi registrada no “International Prospective Register of Systematic Reviews” (PROSPERO) através do ID: CRD42021243515. Foram incluídos trinta e sete artigos. A maioria descreveu programas de visitas domiciliares que variaram em termos de intensidade e objetivos. Enfermeiros foram responsáveis por 48% da aplicação das intervenções. Estas demonstraram eficácia na redução da hospitalização do recém-nascido, manutenção do aleitamento materno, adiamento da segunda gravidez e melhora da sensibilidade dos pais em relação aos sinais de risco da criança.

Palavras-Chave: Atenção primária à saúde, mães adolescentes, desenvolvimento infantil

ABSTRACT

Adolescent motherhood encompasses several health issues: social, cultural and individual, both physical and psychological. Thinking about the segment of adolescent mothers and their children raises issues that are especially relevant to public policies and, as this is a complex biopsychosocial phenomenon, it highlights the need for diversified strategies, with intersectoral characteristics. The objective of this research was, through a systematic review, to analyze the health interventions carried out in primary care for adolescent mothers and their children, identifying parameters, assumptions and selected outcomes to assist in the decision-making process in public health policies. This review followed the flowchart of the "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses" (PRISMA), and was registered in the "International Prospective Register of Systematic Reviews" (PROSPERO) under ID: CRD42021243515. Thirty-seven articles were included. Most described home visiting programs that varied in terms of intensity and objectives. Nurses were responsible for 48% of the application of interventions. These have been shown to be effective in reducing newborn hospitalization, maintaining breastfeeding, postponing the second pregnancy, and improving parental sensitivity to the child's risk signals.

Key words: Primary health care, adolescent mothers, child development

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
SINASC	Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos
EIP	Early Intervention Program
UCLA	Universidade da Califórnia
CAMI	Computer Assisted Motivational Intervention
FNS	Family Nurse Partnership

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características gerais dos artigos selecionados..... p.32

Tabela 2 – Descrição das intervenções e resultados.....p.39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma Prisma	p.31
Figura 2 – Risco de viés ensaios clínicos	p.37
Figura 3 – Risco de viés estudos observacionais.....	p.37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Pergunta de partida	p.25
Quadro 2 - Estratégia de busca PUBMED.....	p.25
Quadro 3 – Estratégia de busca COCHRANE e EMBASE.....	p.26
Quadro 4 – Estratégia de busca BVS	p.28

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 – JUSTIFICATIVA	14
1.2 - OBJETIVO GERAL.....	16
1.3 -OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
2. MARCO TEÓRICO	16
2.1 –ADOLESCÊNCIA E MATERNIDADE	16
2.2 – CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DOS FILHOS DE MÃES ADOLESCENTES.....	20
2.3 - ATENÇÃO PRIMÁRIA, MÃES ADOLESCENTES E SEUS FILHOS	22
3. METODOLOGIA.....	24
3.1 - DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	24
3.2 - PERGUNTA DE PARTIDA PARA REVISÃO, SUJEITOS DA PESQUISA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	24
4. RESULTADOS	30
5. DISCUSSÃO	54
6. CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS	64
ANEXOS	73

1.INTRODUÇÃO

A maternidade pode ser um desafio na vida de qualquer mulher, principalmente quando acontece na adolescência. Isto porque este momento do ciclo de vida é marcado por diversas transformações sociais, culturais, individuais, físicas e psicológicas, que se somam aos desafios de se tornar mãe, se manter estudando e ter uma rede de apoio para que assim possa seguir seu caminho até a vida adulta, de forma autônoma e saudável (GROSSMAN, 2010; UNICEF, 2018).

O significado atribuído a gestação em mulheres com menos de 20 anos vem mudando ao longo do tempo. Até a década de cinquenta, era comum ter filhos ainda jovem. Com as transformações no mundo do trabalho e o reconhecimento da adolescência como uma das fases do ciclo de vida que prepara para a vida adulta, a gravidez nesse período passa a ser vista como inadequada, o que refletiu em uma série de publicações científicas que descreveram vários problemas relacionados à gravidez na adolescência, principalmente na área da saúde (DADOORIAN, 2003; GROSSMAN, 2010).

No entanto, essa única forma de conceber a questão vem sendo questionada, principalmente por estudos antropológicos, que levam em consideração a perspectiva da jovem. Algumas evidências alertam para o fato de que muitas vezes essa gravidez é desejada e pode trazer resultados positivos para a vida da adolescente (CORTEZ et al., 2013; DADOORIAN, 2003; FIGUEIREDO, 2012);(UNICEF, 2018).

Vale ressaltar que independente da forma como é considerada pelos diferentes núcleos de estudo, é apontada como uma questão diretamente relacionada a fatores socioeconômicos e culturais. A maioria dos nascimentos ocorre nos países em desenvolvimento, principalmente nas regiões com menores índices de desenvolvimento humano(ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD et al., 2016).

Apesar das taxas de fertilidade mundiais apresentarem uma redução nos últimos trinta anos, entre as adolescentes essa mudança não foi tão expressiva. Tal fato afeta principalmente grupos de grande vulnerabilidade social, ampliando as desigualdades e perpetuando ciclos de pobreza (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD et al., 2016).

Iniciativas mundiais vem sendo realizadas para que a maternidade na adolescência traga menores impactos sociais, econômicos, emocionais e que seja garantido o pleno desenvolvimento tanto para mãe quanto para os filhos (REXHEPI et al., 2019).

A justificativa para o investimento neste tipo de iniciativa está no fato de que comparadas a mulheres mais velhas, as adolescentes geralmente apresentam menor escolaridade, piores empregos, baixos salários, situações conjugais frágeis e vivenciam situações de violência. Adolescentes expostas a fatores desfavoráveis na gestação muito provavelmente continuarão vivendo da mesma forma após o parto, o que poderia resultar em problemas para elas próprias e seus filhos (ISHITSUKA et al., 2019b; ZANGIACOMI MARTINEZ; DA ROZA, 2019).

Logo, pensar no segmento mães adolescentes e suas crianças, traz questões especialmente relevantes para as políticas públicas e coloca em cena a necessidade de estabelecer estratégias de atenção e proteção, considerando a característica intersetorial que permeia o tema.

Políticas Públicas colocam governos em ação, possibilitam a definição de prioridades, atuação e decisões políticas, proporcionando a mediação entre problema e ação (SOUZA, 2006).

Em 2015 a Organização da nações Unidas anuncia a inclusão dos adolescentes na estratégia “ cada mulher, cada criança”. Tal fato, marca a presença deste momento do ciclo de vida em uma agenda global, e impõe desafios e reflexões aos países membros na qualificação da atenção a saúde proposta para este grupo.(PATTON et al., 2016)

As ações de saúde do adolescente permanecem mal desenvolvidos na maioria dos lugares. Uma incompatibilidade entre os serviços de saúde tradicionais baseados em consultórios e as realidades vividas pelos adolescentes seria uma das causas. (PATTON et al., 2016).

Ações voltadas para aspectos curativos, a falta de capacitação dos profissionais para lidar com as especificidades dos adolescentes, insuficiência de diretrizes, acabam refletindo em dificuldades no atendimento a esse público. (NOGUEIRA, MARIA JOSÉ;MODERNA, MARIA CELINA;SCHALL, 2010).

Essas questões reforçam a necessidade de novas construções para o cuidado em saúde dos adolescentes em geral, incluindo as mães adolescentes.(PATTON et al., 2016)

Aprimorar o cuidado ofertado para mães adolescentes é fundamental já que na estruturação de intervenções em saúde para mães são alcançados resultados materno-infantis. A promoção de saúde das crianças através de ações voltadas para os pais possibilita que problemas de saúde sejam evitados para ambos (ARACENA et al., 2009).

Intervenções programadas com diferentes objetivos, intensidade e formas de aplicação podem ser encontradas na literatura científica, principalmente em países de alta renda (FUREY, 2004; MACDONALD et al., 2007). No entanto, há uma lacuna importante em relação a sistematização dessas evidências e aplicação em países de baixa e média renda(ARACENA et al., 2009; PATTON et al., 2016).

Desta forma, o objetivo deste estudo é, através de uma revisão sistemática, analisar as intervenções realizadas na atenção primária para as mães adolescentes e seus filhos, identificando parâmetros, pressupostos e desfechos selecionados para auxiliar no processo de tomada de decisão em políticas públicas de saúde para mães adolescentes e seus filhos.

1.1 – JUSTIFICATIVA

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve sua expansão e consolidação através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esse fato pode ser dimensionado por meio da análise dos dados do Departamento de Atenção Básica, em relação ao número de equipes implantadas. Em 1998 havia 2054 equipes. Em 2019 esse número passa para 43.275 equipes implantadas no Brasil, demonstrando a magnitude alcançada pela estratégia ao longo desse tempo. Essa expansão foi vivenciada de forma distinta entre as diferentes capitais (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

No Rio de Janeiro, tal mudança ocorreu de forma significativa a partir de 2009, com um grande investimento na expansão das equipes. (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Vivenciar todo esse processo enquanto integrante da linha de cuidado da criança e adolescente permitiu uma série de aprendizados e questionamentos, entre eles a atuação da atenção primária em relação às mães adolescentes e seus filhos. Acompanhar o dia a dia das equipes na assistência a esse grupo trouxe diversas questões reafirmadas pela literatura e relatadas em outros municípios.

Apesar desta expansão ainda podem ser percebidas muitas questões que precisam ser resolvidas em relação ao atendimento ofertado para o adolescente de uma maneira geral. (SILVA; ENGSTROM, 2020).

A ausência de um direcionamento mais claro nas ações em saúde, para jovens é descrita em algumas publicações que relatam a atuação de profissionais relacionada a esse grupo (COIN-CARVALHO; ESPOSITO, 2012; NOGUEIRA, MARIA JOSÉ; MODERNA, MARIA CELINA; SCHALL, 2010).

Considerando as questões sobre a saúde sexual e reprodutiva, na atenção primária ainda observamos um acesso inadequado às informações. O predomínio da cultura do controle social da sexualidade contribuiu para perpetuação de um modelo biomédico onde o

profissional de saúde muitas vezes toma decisões pelo adolescente, ferindo sua “liberdade de escolha”(NOGUEIRA, MARIA JOSÉ;MODERNA, MARIA CELINA;SCHALL, 2010).

As questões da adolescência muitas vezes não tem um olhar diferenciado por parte dos profissionais, que acabam apresentando uma visão estigmatizada sobre essa fase do ciclo de vida que resulta em práticas de cuidado muitas vezes inadequadas.(SILVA; ENGSTROM, 2020)

A falta de legitimação da Política Nacional de Atenção Integral à saúde de Adolescentes e Jovens expressa a não confirmação desses sujeitos como autônomos e protagonistas, apesar desses termos estarem presentes em vários documentos oficiais como um novo paradigma (LOPEZ; MOREIRA, 2013)

Refletir sobre essa população sem uma política nacional consolidada traz a necessidade de ancorar as ações em outras políticas que acabam por não considerar as especificidades necessárias, o que pode significar negligenciar suas necessidades. Esse fato se torna ainda mais complexo quando relacionado a mães adolescentes e seus filhos.

Todas estas dificuldades somados aos indicadores de saúde específicos desse grupo, e todas as questões multifatoriais envolvidas, justificam a relevância deste tema (FERNANDES; NETO; DE JANEIRO, 2017).

Sendo assim, trabalhos nessa área trazem a possibilidade de buscar subsídios para profissionais de saúde em uma tentativa de qualificação dos serviços.

A necessidade de melhor embasamento das equipes para construção de políticas em saúde mais efetivas e o alcance de melhores resultados fazem com que se mostrem cada vez mais necessários estudos capazes de auxiliar os profissionais nas tomadas de decisões a cada dia, para que tenhamos a garantia da equidade (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008).

A inclusão dos adolescentes na agenda global e a necessidade de produção de evidências que possam servir de base para ação também justificam a relevância do tema. (PATTON et al., 2016)

1.2 - OBJETIVO GERAL

Analisar as intervenções realizadas na atenção primária voltadas para saúde de mães adolescentes e seus filhos e os resultados obtidos na saúde materno infantil.

1.3 -OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar intervenções voltadas para crianças filhas de mães adolescentes na Atenção Primária em Saúde
- Analisar as intervenções voltadas para as mães adolescentes na Atenção Primária em Saúde
- Identificar parâmetros, pressupostos e desfechos selecionados
- Analisar os efeitos das intervenções

2. MARCO TEÓRICO

2.1 –ADOLESCÊNCIA E MATERNIDADE

O conceito de adolescência como definimos hoje é uma evolução no modo de ver esse ciclo de vida, resultado de mudanças históricas e culturais, principalmente ligadas ao mundo do trabalho (GROSSMAN, 2010; PATIAS et al., 2011).

Vale mencionar que até a idade média crianças eram tidas como miniaturas dos adultos, casavam e tinham seus filhos na fase que hoje chamamos de adolescência (ARIÉS, 1981). Quando a infância começa a ser vista como uma fase peculiar do desenvolvimento, maior atenção passa a ser dispensada para esse período. Famílias começam a dedicar atenção e investimentos nessa fase e passamos a ter a primeira definição do que seria a adolescência

(FILHA, 2013). Para os meninos ela compreenderia o período entre a primeira comunhão e o bacharelado, e para as meninas, entre a primeira comunhão e o casamento. A consolidação desse conceito como uma fase da vida acontece na metade do século XX (GROSSMAN, 2010).

Historicamente, até 1950, a gestação em mulheres jovens, com menos de 20 anos, era vista com naturalidade e muitas vezes incentivada. A partir do desenvolvimento de métodos contraceptivos e a desvinculação do exercício sexual para reprodução, esta passa a ser vista como problema (PATIAS et al., 2011).

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde define, em termos de idade cronológica, a adolescência como o período entre 10 e 19 anos de idade e compreende juventude como a população de 15 a 24 anos (BRASIL. MS, 2017).

Além da idade, concepções sobre o que deve ser a adolescência e o que é esperado para o jovem em uma determinada sociedade, acabam por influenciar a organização dos serviços de saúde (FIGUEIREDO, 2012).

A concepção da adolescência como uma fase do desenvolvimento e preparação para vida adulta, que contempla um tempo de qualificação tanto em termos acadêmicos como do seu papel social, faz com que o jovem seja considerado “despreparado” para tomar algumas decisões, entre elas, a de tornar-se pai e mãe (FIGUEIREDO, 2012; SANTOS, 2011).

Esse modo de ver a gravidez na adolescência como uma atitude inconsequente, problemática, tem sido questionado e dado lugar a uma perspectiva mais ampla que envolve muito mais que a questão da idade, incluindo o contexto social que essas jovens fazem parte, além de outros fatores (DADOORIAN, 2003).

Quando a maternidade é analisada nas famílias mais pobres, muitas vezes, a falta de perspectivas e um olhar mais imediatista de futuro fazem com que se transformar em pai ou mãe na adolescência se torne desejado e aceito. Já nas famílias de classe média, a atividade

intelectual é priorizada durante a adolescência, o que acaba adiando essa decisão. (FIGUEIREDO, 2012).

Mesmo nos casos onde a gravidez é uma escolha, redes de apoio frágeis podem resultar em abandono da escola, dificuldades na entrada no mercado de trabalho, e muitas vezes, perpetuação de ciclos intergeracionais de pobreza. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD et al., 2016).

Comparadas às mães adultas, as adolescentes apresentam menor taxa de escolaridade, maiores taxas de desemprego, maior probabilidade de fumar, de apresentar sofrimento psicológico e violência familiar (ISHITSUKA et al., 2019b; REXHEPI et al., 2019).

Pensar nessas jovens mães deve envolver muito mais que um simples julgamento e, sim, um olhar ampliado para essas questões e todas as complexidades envolvidas. É reconhecido que a maternidade nesse grupo não é exclusiva das famílias com menor renda, no entanto, a questão social é vista como fator recorrente em relação à gravidez nessa faixa etária (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD et al., 2016).

A fase da adolescência em que a gravidez acontece vai trazer à tona questões de competência emocional que têm relação com o desenvolvimento dessas meninas ainda em andamento (FIGUEIREDO, 2012). Demandas simultâneas relacionadas à maternidade e à adolescência em si, muitas vezes acabam gerando um conflito de necessidades (ZUCKERMAN; WINSMORE; ALPERT, 1979).

A gravidez em menores de 15 anos vem apresentado uma tendência de crescimento nos países da América latina e Caribe, e por esta razão, tem mantido esse ponto na agenda de prioridades de organismos internacionais (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD et al., 2016).

Ao longo dos últimos trinta anos, as taxas de fecundidade sofreram uma queda significativa entre as mulheres adultas. No entanto, nas adolescentes esta redução ocorreu de

forma mais lenta. No período de 1980-1985 o Brasil apresentava uma taxa de 79 nascimentos por mil entre jovens de 15-19 anos. No quinquênio de 2010-2015 esse número reduziu para 68 por mil nascimentos (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD et al., 2016). A maioria dos casos de gestação na adolescência ocorre em países em desenvolvimento. Países desenvolvidos como França e Alemanha apresentam menos de 10 nascimentos por mil jovens entre 15-19 anos (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD et al., 2016; UNFPA, 2017).

Além das questões socioeconômicas, programas específicos voltados para adolescentes, disponibilidade e acesso a métodos contraceptivos, entre outros fatores, são considerados fundamentais para garantir equidade (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD et al., 2016).

Apesar do muito que se avançou internacionalmente nessa questão, ainda nos deparamos com uma lacuna em relação às políticas públicas no que se refere às mães adolescentes.

A maternidade na adolescência é entendida como “diferenciada”, o que deveria resultar em visitas mais frequentes das equipes de saúde. Entretanto, nos textos oficiais, como na agenda proteger e cuidar do Ministério da Saúde, o tema abordado se limita a poucas linhas, sendo mais frequentes, as orientações relacionadas a como evitar a gravidez (BRASIL. MS, 2017).

Refletir sobre o desenvolvimento dessas jovens mães e seus filhos, dar instrumentos para que elas sejam protagonistas das suas vidas, pensar em ações intersetoriais, seriam importantes delineamentos que auxiliariam todos as partes envolvidas nesse contexto: adolescentes, crianças, famílias, instituições de educação e saúde, dando maior consistência às políticas públicas (LOPEZ; MOREIRA, 2013).

2.2 – CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DOS FILHOS DE MÃES ADOLESCENTES

Nascimento pré-termo, condições neonatais graves e desvantagens em relação ao crescimento e desenvolvimento são condições associadas aos recém-nascidos filhos de mães adolescentes. A situação de vida e saúde da mãe não podem ser deixadas de fora nessa cadeia causal. Como vimos, mães adolescentes apresentam, quando comparadas às mães adultas, piores condições socioeconômicas, o que está diretamente relacionado a estes desfechos (ISHITSUKA et al., 2019a; REXHEPI et al., 2019; VIEIRA et al., 2007).

Essas condições foram base de algumas pesquisas. Estudo realizado no Rio de Janeiro em 2010 apresentou a associação entre a idade materna e a mortalidade infantil. Este demonstrou uma tendência maior de óbitos no primeiro ano de vida à medida que a idade materna diminuía, apontando um efeito direto sobre os óbitos após 28 dias de vida dos recém-nascido (OLIVEIRA; GAMA; SILVA, 2010).

Já Borba(2013) estudou o desenvolvimento comportamental e cognitivo de quarenta bebês filhos de mães adolescentes e não encontrou diferenças significativas entre esses e o de mães adultas. Uma possível justificativa para essa ausência seria o fornecimento de algumas orientações aos pais e o fato da criança frequentar a creche (BORBA, 2013).

As desvantagens em relação ao crescimento e desenvolvimento dos filhos de mães adolescentes estariam relacionadas a uma falta de competência ligada à idade, relacionadas principalmente a uma falta de maturidade emocional e social para entender às necessidades do recém-nascido, o que poderia afetar seu cuidado, além da ausência de redes de apoio e programas específicos para este público (NUNES, CJRR PICANÇO, ARA, JUNIOR, 2014; SETIAWATI; SETYOWATI; BUDIATI, 2017).

Mães adolescentes são consideradas menos sensíveis aos sinais de perigo que possam estar envolvendo seus filhos, podem ser mais impacientes e factíveis ao uso de punição física

e suas crianças podem ter maiores chances de abandonar a escola, cometer violência e repetir o ciclo de ter filhos durante a adolescência (LETOURNEAU, 2001; STIRTZINGER et al., 2002).

Nesse sentido pensar em um desenvolvimento integral da criança, através de ambientes facilitadores à vida, construídos através do estabelecimento e da qualidade da interação dessa criança com sua mãe/família/cuidadores e profissionais, trouxe a necessidade da PNAISC apresentar nas suas diretrizes para implantação, no eixo estratégico III – promoção do crescimento e desenvolvimento - situações em que há uma maior chance de evolução desfavorável em relação ao desenvolvimento integral, entre elas a gravidez na adolescência (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2018).

A mesma política indica outras situações, além de ser filho de mãe adolescente, relacionadas a uma probabilidade de evolução desfavorável tais como: gravidez indesejada, condição social, violência familiar e comportamentos de riscos, tais como uso de álcool e outras drogas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2018).

Como exposto na seção sobre adolescência e maternidade, podemos perceber que muitas vezes todas essas situações se sobrepõem na vida dessas mães, o que fortalece ainda mais a necessidade de um bom acompanhamento nesses casos.

Crianças expostas a estas condições devem ser acompanhadas com maior frequência pelos serviços de saúde, principalmente no primeiro ano de vida, sendo esse um grupo considerado prioritário pela atenção primária para vigilância em saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2018).

Pode-se concluir que cabe considerar a interação multifatorial necessária para determinação de padrões de crescimento e desenvolvimento. Assim, não convém afirmar que todas as mães adolescentes oferecem os mesmos fatores e condições. Aquelas que vivem em situações desfavoráveis durante a gestação e o parto, que apresentam menor escolaridade e

são emocionalmente e cognitivamente despreparadas, não sendo capazes de perceber as necessidades da criança representam maior risco, quando comparadas às mães adolescentes que não estão vivenciando as mesmas fragilidades. Fica atribuído à APS identificar as vulnerabilidades e atuar de forma mais efetiva nestas situações (FIGUEIREDO, 2012; NUNES, CJRR PIKANÇO, ARA, JUNIOR, 2014; VIEIRA et al., 2007).

2.3 - ATENÇÃO PRIMÁRIA, MÃES ADOLESCENTES E SEUS FILHOS

A Atenção primária relaciona-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, e é considerada base para modelos assistenciais centrados no usuário-cidadão, que representa o ponto de contato preferencial e a porta de entrada no sistema, no qual são resolvidos a maioria dos problemas de saúde (GIOVANELLA et al., 2012).

O modelo assistencial se refere a forma como são organizadas as ações de atenção à saúde, envolvendo aspectos tecnológicos e assistências. Existem diferentes modelos assistenciais no mundo, muitos deles pautados pela atenção primária e mesmo assim com características distintas (GIOVANELLA et al., 2012).

No Brasil a atenção primária é definida como ordenadora do cuidado em saúde e traz nas suas diretrizes a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioritária para sua expansão e consolidação (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), 2012; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A ESF ganhou destaque nacional a partir dos resultados obtidos com o programa de agentes comunitários do Ceará, implementado na década de 90. Desde então, cada vez mais esta forma de organização das ações de saúde vem sendo considerada como a ideal para o alcance dos melhores indicadores com melhor aproveitamento de recursos (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Em relação aos adolescentes, a Agenda Proteger e Cuidar direciona a atuação da atenção primária, englobando temas centrais como a puberdade, planejamento reprodutivo e patologias mais comuns nessa faixa etária(BRASIL. MS, 2017).

Mais especificamente, em relação ao trabalho com mães adolescentes e seus filhos, não há uma referência por parte do MS que possa nortear a atuação das equipes de saúde.

Considerações sobre a necessidade de um olhar diferenciado para este grupo estão expressas para as equipes de maneira superficial. Tal situação parece contribuir para que profissionais elaborem suas práticas sem considerar as especificidades das mães adolescentes, promovendo um acompanhamento de modo indistinto entre essas e as mães adultas(FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008).

Como provável resultado desta situação, evidências indicam dificuldades por parte das equipes de Atenção Primária no atendimento às adolescentes. Escassas capacitações, barreiras estruturais e familiares são alguns pontos citados como justificativa para o fato(FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008).

Outras evidências sugerem que a pouca adesão do adolescente aos serviços de saúde pode ser justificada por práticas organizadas no sentido unilateral da transmissão de conhecimento . Em tal situação, o profissional de saúde se declara detentor de todo saber e desvaloriza as percepções e conhecimentos trazidos pelos jovens. Essa situação demonstra dificuldades relacionadas às expectativas sociais em torno do adolescente, que desconsideram os contextos em que estes estão inseridos e no caso da gravidez, a multiplicidade de fatores envolvidos (DALTOSO, DANIELA; ALMEIDA, ANA MARIA DE; PANOBIANCO, 2005; NOGUEIRA, MARIA JOSÉ;MODERNA, MARIA CELINA;SCHALL, 2010).

A confirmação da maternidade na adolescência como condição de natureza multifatorial, tanto para os pais quanto para os filhos, traz para as equipes de Atenção Primária a importância de um trabalho multidisciplinar e conjunto com a família. Esta precisa

estar ativa no processo de cuidado. Além disso, o entendimento de jovens sendo protagonistas para além do que consta nas diretrizes ministeriais é fundamental para construção de uma forma a se alcançar eficácia nas ações de saúde para a díade mãe –bebê.(COIN-CARVALHO; ESPOSITO, 2012)(NOGUEIRA, MARIA JOSÉ;MODERNA, MARIA CELINA;SCHALL, 2010)

3. METODOLOGIA

3.1 - DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de revisão sistemática da literatura, segundo o fluxograma do “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses” (PRISMA). Este protocolo consta de 27 itens que tem como objetivo auxiliar revisores a relatar de forma transparente porque a revisão foi feita, o que os autores fizeram e o que encontraram(PAGE et al., 2021).

Atendendo ao item 24 a deste fluxograma esta revisão foi registrada no “International Prospective Register of Systematic Reviews” (PROSPERO) através do ID: CRD42021243515.(anexo primeira folha)

3.2 - PERGUNTA DE PARTIDA PARA REVISÃO, SUJEITOS DA PESQUISA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A elaboração da pergunta de pesquisa dessa revisão foi baseada no acrônimo PICOS e está descrita no quadro abaixo. Neste P se refere à população/ participantes, I intervenção, C controle, O desfecho ou resultados e S tipo de Estudo (DE LUCA CANTO, 2020).

Em relação à população foram definidos dois grupos: crianças menores de 5 anos filhas de mães adolescentes e mães adolescentes segundo classificação OMS (10 – 19 anos). Foram analisadas intervenções em saúde pública voltadas para mães adolescentes e/ou seus filhos iniciadas ou não durante a gestação e que continuaram após o nascimento. Para o grupo controle ou comparação foram consideradas mães adolescentes ou mães adultas que não

tiveram acesso à intervenção, que receberam a intervenção padrão ou não receberam atendimento no momento do estudo. Em relação ao desenho do estudo, foram incluídos ensaios clínicos, estudos observacionais e estudos quase experimentais que apresentaram alguma intervenção voltada para mães adolescentes, com os critérios e resultados descritos e presença de um grupo controle.

Intervenções específicas em mães adolescentes e seus filhos, realizadas na atenção primária, melhoram os resultados em saúde?

P: mães adolescentes e/ou seus filhos menores de 5 anos

I: Intervenções específicas da atenção primária para mães adolescentes e/ou seus filhos menores de 5 anos

C: grupo controle ou mães adultas

O: saúde materno infantil

S: Estudos de intervenção em saúde realizados na atenção primária.

Quadro 1 - Pergunta de Partida

A partir da pergunta de partida foi elaborada uma estratégia de busca considerando os itens da PICOS e características de cada base para obtenção dos melhores resultados. Os quadros abaixo apresentam todas as estratégias utilizadas. Foram pesquisadas as seguintes bases de dados eletrônicas bibliográficas: EMBASE, MEDLINE (por PubMed), LILACS (por BVS / regional) e Cochrane Library Databases. A estratégia de busca incluiu apenas os termos relativos à Atenção Primária à Saúde, Mãe adolescente e maternidade infantil. Não houve restrição de idioma. Todos os estudos até a data em que as pesquisas foram realizadas foram buscados.

PUBMED

((“Primary Prevention”[mj] OR “Primary Prevention”[tiab] OR “Primary Health Care”[mj] OR “Primary Health Care”[tiab] OR “Primary Healthcare”[tiab] OR “Primary Care”[tiab] OR “Breast Feeding”[mj] OR “Breast Feeding”[tiab] OR “Breastfeeding”[tiab] OR “Preventive Health Services”[mh] OR “Preventive Health”[tiab] OR Preventive Program*[tiab] OR “Postnatal Care”[mj] OR “Postnatal Care”[tiab] OR “Postpartum Care”[tiab] OR Postpartum Program*[tiab] OR “Health Promotion”[mj] OR Health Promotion*[tiab] OR Health Campaign*[tiab] OR Childbirth Class*[tiab] OR Childbirth Education*[tiab] OR

“House Calls”[mj] OR House Call*[tiab] OR Home Visit*[tiab] OR “Early Intervention, Educational”[mj] OR Early Intervention*[tiab] OR Head Start Program*[tiab] OR group Intervention*[tiab]) AND (“Pregnancy in Adolescence”[mj] OR “Pregnancy in Adolescence”[tiab] OR Teen Pregnanc*[tiab] OR Adolescent Pregnanc*[tiab] OR Teenage Pregnanc*[tiab] OR teenage mother*[tiab] OR teen mother*[tiab] OR Adolescent mother*[tiab] OR “child motherhood”[tiab] OR “child mother”[tiab]))

Quadro 2- Estratégia de busca PUBMED

COCHRANE	
ID	Search
#1	MeSH descriptor: [Primary Prevention] explode all trees
#2	MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees
#3	MeSH descriptor: [Breast Feeding] explode all trees
#4	MeSH descriptor: [Preventive Health Services] explode all trees
#5	MeSH descriptor: [Postnatal Care] explode all trees
#6	MeSH descriptor: [Health Promotion] explode all trees
#7	MeSH descriptor: [House Calls] explode all trees
#8	MeSH descriptor: [Early Intervention, Educational] explode all trees
#9	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8
#10	"Primary Prevention":ti,ab OR "Primary Health Care":ti,ab OR "Primary Healthcare":ti,ab OR "Primary Care":ti,ab OR "Breast Feeding":ti,ab OR Breastfeeding:ti,ab OR "Preventive Health":ti,ab OR Preventive Program*:ti,ab OR "Postnatal Care":ti,ab OR "Postpartum Care":ti,ab OR Postpartum Program*:ti,ab OR Health Promotion*:ti,ab OR Health Campaign*:ti,ab OR Childbirth Class*:ti,ab OR Childbirth Education*:ti,ab OR House Call*:ti,ab OR Home Visit*:ti,ab OR Early Intervention*:ti,ab OR Head Start Program*:ti,ab OR group Intervention*:ti,ab
#11	#9 OR #10
#12	MeSH descriptor: [Pregnancy in Adolescence] explode all trees
#13	"Pregnancy in Adolescence":ti,ab OR Teen Pregnanc*:ti,ab OR Adolescent Pregnanc*:ti,ab OR Teenage Pregnanc*:ti,ab OR teenage mother*:ti,ab OR teen mother*:ti,ab OR Adolescent mother*:ti,ab OR "child motherhood":ti,ab OR "child mother":ti,ab
#14	#12 OR #13
#15	#11 AND #14 (Limiters - Exclude MEDLINE and EMBASE records)
EMBASE	
(adolescent pregnancy/exp OR 'adolescent pregnancy':ti,ab OR 'pregnancy in adolescence':ti,ab OR 'pregnancy, adolescent':ti,ab OR 'teenage pregnancy':ti,ab OR 'teen pregnanc*':ti,ab OR 'adolescent pregnanc*':ti,ab OR 'teenage pregnanc*':ti,ab OR 'adolescent mother'/exp OR 'adolescent mother':ti,ab OR 'teenage mother':ti,ab OR 'teenager mother':ti,ab OR 'teen mother*':ti,ab OR 'adolescent mother*':ti,ab OR 'child mother*':ti,ab) AND ('primary prevention'/exp OR 'primary prevention':ti,ab OR 'primary health care'/exp OR	

'first line care':ti,ab OR 'health care, primary':ti,ab OR 'primary care nursing':ti,ab OR 'primary health care':ti,ab OR 'primary healthcare':ti,ab OR 'primary nursing care':ti,ab OR 'primary medical care'/exp OR 'medical care, primary':ti,ab OR 'primary care':ti,ab OR 'primary medical care':ti,ab OR 'breast feeding'/exp OR 'breast feeding':ti,ab OR 'feeding, breast':ti,ab OR 'preventive health service'/exp OR 'diagnostic services':ti,ab OR 'immunisation programmes':ti,ab OR 'immunization programs':ti,ab OR 'needle-exchange programmes':ti,ab OR 'needle-exchange programs':ti,ab OR 'preventive health service':ti,ab OR 'preventive health services':ti,ab OR 'preventive service':ti,ab OR 'preventive medicine'/exp OR 'medicine, preventive':ti,ab OR 'preventive health care':ti,ab OR 'preventive health program':ti,ab OR 'preventive health programme':ti,ab OR 'preventive medicine':ti,ab OR 'preventive health':ti,ab OR 'preventive program*':ti,ab OR 'postnatal care'/exp OR 'health care, postnatal':ti,ab OR 'postnatal care':ti,ab OR 'puerperium'/exp OR 'post partum care':ti,ab OR 'post partum period':ti,ab OR 'postpartum care':ti,ab OR 'postpartum period':ti,ab OR 'puerperal':ti,ab OR 'puerperal care':ti,ab OR 'puerperium':ti,ab OR 'postpartum program*':ti,ab OR 'health promotion'/exp OR 'health promotion':ti,ab OR 'healthy people programmes':ti,ab OR 'healthy people programs':ti,ab OR 'promotion, health':ti,ab OR 'health campaign*':ti,ab OR 'childbirth education'/exp OR 'antenatal education':ti,ab OR 'antenatal parenthood education':ti,ab OR 'child birth class':ti,ab OR 'child birth education':ti,ab OR 'childbirth class':ti,ab OR 'childbirth classes':ti,ab OR 'childbirth education':ti,ab OR 'education, childbirth':ti,ab OR 'expectant parent class':ti,ab OR 'prenatal education':ti,ab OR 'early childhood intervention'/exp OR 'head start program':ti,ab OR 'early childhood intervention':ti,ab OR 'early education intervention':ti,ab OR 'early educational intervention':ti,ab OR 'early intervention (education)':ti,ab OR 'early intervention, educational':ti,ab OR 'education early intervention':ti,ab OR 'educational early intervention':ti,ab OR 'early intervention'/exp OR 'early intervention':ti,ab OR 'early medical intervention':ti,ab OR 'group intervention*':ti,ab) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)

Quadro 3- Estratégia de busca COCHRANE e EMBASE

BVS
(tw:("Primary Prevention" OR "Prevencion Primaria" OR "Prevencao Primaria" OR "Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Atencion Primaria de Salud" OR "Atencao Primaria a Saude" OR "Primary Care" OR "Breast Feeding" OR "Breastfeeding" OR "Lactancia Materna" OR "Aleitamento Materno" OR "Preventive Health Services" OR "Preventive Health" OR "Servicios Preventivos de Salud" OR "Servicos Preventivos de Saude" OR "Preventive Program" OR "Preventive Programs" OR "Programa preventivo" OR "Programas preventivos" OR "Postnatal Care" OR "Atencion Posnatal" OR "Cuidado Pos-natal" OR "Postpartum Care" OR "Postpartum Program" OR "Postpartum Programs" OR "Programa de posparto" OR "Health Promotion" OR "Promocion de la Salud" OR "Promocao da Saude" OR "Health Campaign" OR "Health Campaigns" OR "Campanha de Saude" OR "Campanhas de Saude" OR "Campana de Salud" OR "Childbirth Classes" OR "Childbirth Class" OR "Childbirth Education" OR "House Call" OR "House Calls" OR "Home Visit" OR "Home Visits" OR "Visita Domiciliar" OR "Visitas Domiciliares" OR "Visitas Domiciliarias" OR "Early Intervention" OR "Early Interventions" OR "Intervencao Precoce" OR "Intervencion Precoz" OR "Intervenciones Precoces" OR "Head Start Program" OR "Head Start Programs" OR "Program Head Start" OR "Group Intervention" OR "Group Interventions" OR "Intervencao Grupal" OR "Intervencoes Grupais")) AND (tw:("Pregnancy in Adolescence" OR "Embarazo en Adolescencia" OR "Gravidez na Adolescencia" OR "Teen Pregnancy" OR "Teen Pregnancies" OR "Embarazo adolescente" OR "Embarazos adolescentes" OR "Adolescent Pregnancy" OR "Adolescent Pregnancies" OR "Teenage Pregnancy" OR "Teenage Pregnancies" OR "Teenage Mother" OR "Teenage Mothers" OR "Mae Adolescente" OR "Maes Adolescentes" OR "Madre Adolescente" OR "Madres Adolescentes" OR "Teen Mother" OR "Teen Mothers" OR "Teen Motherhood" OR "Teen Motherhoods" OR "Adolescent Mother" OR "Adolescent Mothers" OR "Adolescent Motherhood" OR "Adolescent Motherhoods" OR "Child Mother" OR "Child Mothers" OR "Child Motherhood" OR "Child Motherhoods")) AND (db:("LILACS")))

Quadro 4- Estratégia de busca BVS

Os critérios de elegibilidade dos artigos seguiram os itens da PICOS e foram os seguintes: Estudo de intervenção realizados na atenção primária direcionados a mães adolescentes com idade entre 10-19 anos e/ou seus filhos, que poderiam ter sido iniciados na gestação, mas que a intervenção tenha permanecido após o nascimento, que apresentassem a descrição da intervenção, parâmetros e resultados, além de grupo controle. Foram excluídas intervenções cuja população tinha 20 anos ou mais, aqueles que intervenção foi realizada apenas na gestação, as publicações com intervenções incompletas que não medem os resultados de interesse e as realizadas em não –humanos também foram excluídas, assim como artigos não publicados.

Na primeira etapa da revisão, os títulos e resumos de todos os artigos recuperados por meio de buscas eletrônicas foram avaliados por dois pesquisadores (DB e AE) de forma independente, com base nos critérios de elegibilidade. Discrepâncias foram identificadas e resolvidas por meio de discussão entre os dois autores. Quando nenhum acordo pôde ser feito, um terceiro revisor (MA) designado foi consultado.

Uma análise de texto completo de todas as citações que atendam aos critérios de seleção foi conduzida. Um formulário de extração de dados foi usado para levantamento dos dados sobre intervenções e resultados. As informações extraídas foram sobre: o (s) autor (es), ano de publicação, país, tipo de desenho do estudo, objetivo (s) e questões de pesquisa, participantes e tamanho da amostra, características das intervenções (incluindo formato, duração e profissional responsável), resultados.

Foi utilizada uma abordagem narrativa/descritiva para síntese de dados. Esta foi principalmente qualitativa e descritiva devido à ampla gama de resultados e componentes das intervenções.

O risco de viés dos ensaios clínicos elegíveis foi avaliado de forma independente por dois revisores através da ferramenta *Cochrane Risk of Bias Tool*. Os itens usados para a avaliação de cada estudo foram os seguintes: adequação da geração de sequência aleatória, ocultação da alocação, mascaramento da avaliação do resultado, tratamento das desistências, relatórios de resultados seletivos e outras fontes potenciais de viés. A discordância foi resolvida por meio de discussão. De acordo com as recomendações do Manual Cochrane, um julgamento de "sim" indica baixo risco de parcialidade, enquanto "não" indica alto risco de parcialidade. Rotular um item como "pouco claro" indica um risco de viés incerto ou desconhecido (HIGGINS et al., 2011).

As avaliações de qualidade dos estudos observacionais foram avaliadas por dois revisores independentes, usando os critérios da Escala de Newcastle-Ottawa para risco de viés. As discrepâncias entre os examinadores foram resolvidas por meio de discussão.

Os critérios de avaliação têm pontuação máxima de 9 pontos. Esses pontos são divididos entre os seguintes domínios: seleção de pacientes, comparabilidade de grupos, medidas de exposição em estudos planejados. Os estudos foram posteriormente dicotomizados em alto risco de viés (0-3 pontos), risco moderado de viés (4-6 pontos) e baixo risco de viés (7 pontos) (LO; MERTZ; LOEB, 2014).

4. RESULTADOS

Características gerais das publicações e intervenções

A partir das estratégias de busca utilizadas foram identificados 3299 artigos, dos quais foram removidos 207 em duplicata. Após leitura de título e resumo por dois revisores (DB e AE), 2951 registros foram removidos por não se adequarem aos critérios de elegibilidade, restando 141 artigos para leitura completa. Destes, 104 foram excluídos porque traziam intervenções não voltadas diretamente para adolescentes, informações incompletas relacionadas a intervenção e resultado, idade dos participantes superior a 20 anos, estudos de revisão e ausência de grupo controle. Trinta e sete publicações foram incluídas nesta revisão (figura 1). Foi elaborada uma síntese das características gerais, descrição da intervenção e resultados. (Tabela 1 e Tabela 2).

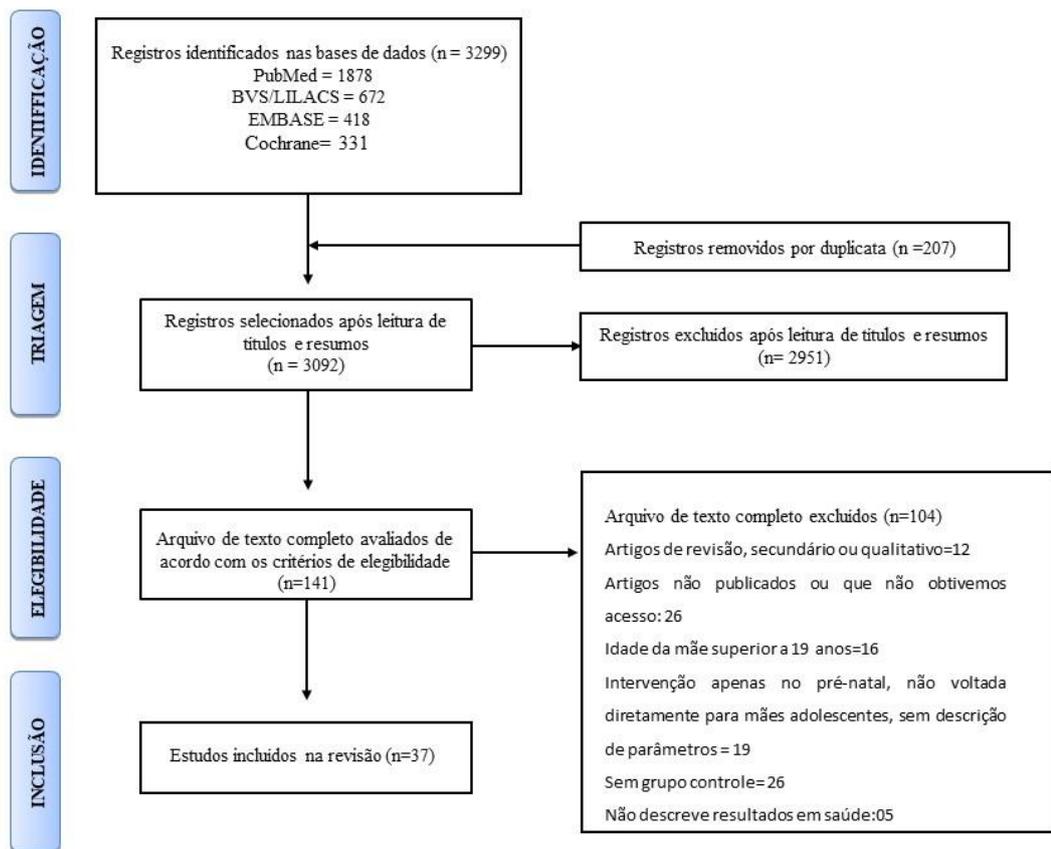


Figura 1- Fluxograma Prisma

Analisando a distribuição temporal das publicações é possível perceber um interesse mais expressivo pelo tema a partir dos anos 2000 que se mantém até 2020. Em relação ao País de origem, temos 19 publicações realizadas nos Estados Unidos, 08 no Brasil, 03 no Canadá, 03 na Inglaterra, 02 no Chile, 01 na Austrália e 01 na Indonésia. A maior parte do delineamento das publicações (67%) foi representada por ensaios clínicos, 19% por estudos observacionais e 16% por estudos quase-experimentais.

Os ensaios clínicos apresentaram baixo risco de viés na maioria dos itens avaliados (figura 2). A maior parte dos estudos observacionais analisados foram considerados de boa qualidade (figura 3).

Tabela 1- Características gerais dos artigos selecionados

Nº	Artigo/Autor/Ano/País	População	Delineamento	Desfechos
1	A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. / M. K. Aracena, et Al /2009/ Chile	104 adolescentes entre 14-19 anos e 79 crianças com mais de 1 anos	Ensaio Clínico	Saúde mental das mães/ desenvolvimento linguístico da criança
2	Medium-term effect of an intervention program for adolescent mothers./ M. K. Aracena, et Al/2013/ Chile	104 adolescentes com menos de 20 anos e seus filhos com idade entre 12 e 15 meses.	Estudo Observacional	saúde mental materna, desenvolvimento da linguagem e desenvolvimento social.
3	Effect of a paraprofessional home-visiting intervention on American Indian teen mothers' and infants' behavioral risks: a randomized controlled trial. / A. M. Barlow, B et Al /2013/ EUA	322 gestantes com 32 semanas de gestação entre 12-19 anos índias americanas autodeclaradas	Ensaio Clínico	Autoeficácia dos pais, comportamentos de risco, internações do RN e desenvolvimento emocional
4	Home-visiting intervention to improve child care among American Indian adolescent mothers: a randomized trial. / B. A. Barnett et AL /2006/ EUA	53 adolescentes índias americanas com 28 semanas de gestação com idades entre 12-19 anos	Ensaio Clínico	Conhecimentos de cuidados infantis, habilidades parentais e envolvimento
5	The effect of volunteer home visitation for adolescent mothers on parenting and mental health outcomes: a randomized trial/ B. A. Barnett et AL/2002/ EUA	232 participantes. adolescentes gestantes com 28 semanas de gestação ou mais ou mães adolescentes com bebês com menos de 6 meses	Ensaio Clínico	Estresse, comportamento dos pais e saúde mental
6	Home visiting for adolescent mothers: effects on parenting, maternal life course, and primary care linkage. / B. L. Barnett et AL /2007 EUA	84 gestantes afro-americanas de baixa renda com idade entre 12-18 anos.	Ensaio Clínico	habilidades paternas, permanência na escola, gravidez de repetição, vínculo com a atenção primária (APS)
7	Motivational intervention to reduce rapid subsequent births to adolescent mothers: a community-based randomized trial. / B. L. Barnett et AL /2009/ EUA	235 gestantes de 12-18 anos com 24 semanas de gestação, predominantemente afro-americanas.	Ensaio Clínico	Gravidez de repetição
8	Influence of counseling sessions on the prevalence of breastfeeding in the first year of life: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. / O. C. G. Bica, E. R./ 2014 / Brasil	323 mães adolescentes que viviam ou não com as avós do bebê	Ensaio Clínico	Prevalência do aleitamento materno e duração

Nº	Artigo/Autor/Ano/País	População	Delimitação	Desfechos
9	Delaying second births among adolescent mothers: a randomized, controlled trial of a home-based mentoring program./ M. M. B. Black et Al/ 2006/ EUA	181 mães adolescentes com 18 anos ou menos	Ensaio Clínico	gravidez de repetição, comportamento de risco (ist,uso de drogas, brigas, prisão)
10	Parent education home visitation program: adolescent and nonadolescent mother comparison after six months of intervention/ A. M. C. Culp et AL/1998/ EUA	61 mães (38 adolescentes e 22 adultas com idades entre 14 e 36 anos)	Estudo observacional	Habilidades parentais
11	Counselling sessions increased duration of exclusive breastfeeding: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers./ L. J. G. Dias de Oliveira et AL/ 2014/ Brasil	323 mães adolescentes (10-19 anos) e 169 avós maternas	Ensaio Clínico	Aleitamento Materno
12	Effectiveness of teaching an early parenting approach within a community-based support service for adolescent mothers/ J. E. L. Drummond et AL/2008/ Canadá	13 mães adolescentes com idade entre 13 e 19 anos	Quase experimental	Interações parentais
13	Effect of a pro-breastfeeding intervention on the maintenance of breastfeeding for 2 years or more: randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers./ C. F. N. da Silva et AL/2016/ Brasil	207 mães adolescentes entre 10-19 anos	Ensaio Clínico	Prevalência do Aleitamento Materno aos 2 anos
14	Impact of a strategy to prevent the introduction of non-breast milk and complementary foods during the first 6 months of life: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers./L. D. G. de Oliveira/2012/ Brasil	323 mães adolescentes (10-19 anos) e 169 avós maternas	Ensaio Clínico	Introdução de leite artificial e alimentação complementar.
15	Involvement of maternal grandmother and teenage others in intervention to reduce pacifier use: a randomized clinical trial/ E. R. J. N. Giugliani et Al/2019/ Brasil	323 mães adolescentes e 169 avós maternas	Ensaio Clínico	Uso de chupeta
16	A group randomized controlled trial integrating obesity prevention and control for postpartum adolescents in a home visiting program./ D. L. S. Haire-Joshu et Al/2015/ EUA	1325 mães adolescentes com média de idade de 17 anos.	Estudo observacional	IMC, hábitos alimentares

Nº	Artigo/Autor/Ano/País	População	Delimitação	Desfechos
17	The Second Chance Club: repeat adolescent pregnancy prevention with a school-based intervention/ J. D. B. Key et Al/2001/ EUA	50 adolescentes do grupo intervenção 14-19/255 do grupo controle 13-22	Estudo observacional	Gravidez de repetição
18	Public health nursing care for adolescent mothers: impact on infant health and selected maternal outcomes at 1 year postbirth/ D. A. Koniak-Griffin et Al/2002/ EUA	102 adolescentes entre 14-19 anos selecionadas com 26 semanas de gestação.	Estudo observacional	Hospitalização infantil, gravidez de repetição
19	An early intervention program for adolescent mothers: a nursing demonstration Project./ D. A. Koniak-Griffin et Al/1999/ EUA	121 adolescentes baixa renda	Estudo observacional	Hospitalização infantil
20	Nurse visitation for adolescent mothers: two-year infant health and maternal outcomes./ D. A. Koniak-Griffin et Al/2003/ EUA	101 adolescentes latinas e afro-americanas de 14-19 anos com 26 semanas de gestação	Ensaio Clínico	Hospitalização infantil e gravidez de repetição
21	Reach Out and Read is Feasible and Effective for Adolescent Mothers: A Pilot Study./ M. M. C. Kumar/ 2016/ Canadá	30 adolescentes e seus filhos entre 6 e 20 meses.	Ensaio Clínico	Desenvolvimento da linguagem, depressão materna
22	Improving adolescent parent-infant interactions: a pilot study/ N. Letourneau/2001/ Canadá	25 mães adolescentes com idade entre 15-19 anos com 35 semanas de gestação ou mais.	Estudo quase experimental	Interação mãe/bebê e desenvolvimento infantil
23	Effects of home visiting on adolescent mothers' parenting attitudes. L. M. B. McKelvey et Al/2012/ EUA	227 mães adolescentes (média de idade 17 anos)	Estudo quase experimental	Maus tratos
24	A randomized controlled trial of telephone peer support's influence on breastfeeding duration in adolescent mothers/ G. D. M. Meglio et Al. 2010/ EUA	78 mães adolescentes recrutadas após 12/24h do parto normal e 24/48h pós-parto cesáreo.	Ensaio Clínico	Duração do aleitamento materno e aleitamento exclusivo
25	Maternal unresolved attachment status impedes the effectiveness of interventions with adolescent mothers./ V. H. D. Moran et AL/2006/ Inglaterra	100 mães adolescentes menores de 20 anos e seus filhos	Estudo quase experimental	Sensibilidade aos sinais de alerta do RN/ interação mãe/bebê

Nº	Artigo/Autor/Ano/País	População	Delimitação	Desfechos
26	A comparison pilot study of public health field nursing home visitation program interventions for pregnant Hispanic adolescents./ J. D. C. Nguyen et AL/2003/ EUA	225 mães adolescentes hispânicas e seus filhos	Estudo quase experimental	Baixo peso ao nascer, parto prematuro e abandono escolar
27	Effect of a healthy eating intervention on compliance with dietary recommendations in the first year of life: a randomized clinical trial with adolescent mothers and maternal grandmothers./ L. M. V. Nunes et AL/2017/ Brasil	320 mães entre 10-19 anos e 169 avós.	Ensaio Clínico	Alimentação da criança
28	A randomized trial of a health care program for first-time adolescent mothers and their infants./ A. L. J. O'Sullivan, B. S./ 1992/ EUA	243 mães adolescentes	Ensaio Clínico	Hospitalização do RN e gravidez de repetição
29	Assessing the impact of a family nurse-led intervention on young mothers' references to internal states/ A. L. C.-J. Paine et AL/ 2020/ Inglaterra	483 adolescentes com menos de 19 e seus filhos com 24 semanas de vida.	Estudo Observacional	Interação mãe/bebê(estados internos da mãe)/ desenvolvimento da criança
30	Postnatal home visits in teenage mothers: a randomised controlled trial./ J. A. B. Quinlivan et AL/2003/ Austrália	139 adolescentes com menos de 18 anos	Ensaio Clínico	Vacinação, aleitamento materno e uso de contraceptivos
31	Effectiveness of a nurse-led intensive home-visit program for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial/ M. B. Robling, M. J et AL/2016/ Inglaterra	1645 adolescentes com menos de 19 anos e 25 semanas de gestação	Ensaio Clínico	Uso de tabaco, gravidez de repetição, peso do RN ao nascer, internação da criança
32	Effect of Home Visiting with Pregnant Teens on Maternal Health./ W. P. Samankasikorn et AL/2016/ EUA	150 adolescentes grávidas com média de idade de 17 anos (60% da amostra total relatou etnia hispânica)	Ensaio Clínico	Depressão materna
33	A randomized controlled trial of the impact of advanced supply of emergency contraception on postpartum teens/ Courtney A. Schreiber et AL/2009/ EUA	50 adolescentes entre 14-19 anos	Ensaio Clínico	Gravidez de repetição

34	The Effect of a Pro-Breastfeeding and Healthy Complementary Feeding Intervention Targeting Adolescent Mothers and Grandmothers on Growth and Prevalence of Overweight of Preschool Children/ R. V. Schwartz et AL/2015/ Brasil	323 mães adolescentes e 169 avós maternas	Ensaio Clínico	Obesidade e sobrepeso em pré-escolares
35	SETIA Health Education Set Enhances Knowledge, Attitude, and Parenting Self-Efficacy Score in Postpartum Adolescent Mothers/ N. S. Setiawati et AL/2017/ Indonésia	66 adolescentes 13–19 anos, primípara, pelo menos 12–24 horas pós-parto.	Estudo quase experimental	Autoeficácia dos pais
36	Adherence to dietary recommendations for preschoolers: clinical trial with teenage mothers./ B. V. Soldateli et AL/2016/ Brasil	323 mães adolescentes e avós maternas, quando em coabitação	Ensaio Clínico	Hábitos alimentares
37	A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers/ K. A. A. Wambach, L et AL/2011/ EUA	390 adolescentes entre 15-19 anos	Ensaio Clínico	Aleitamento materno

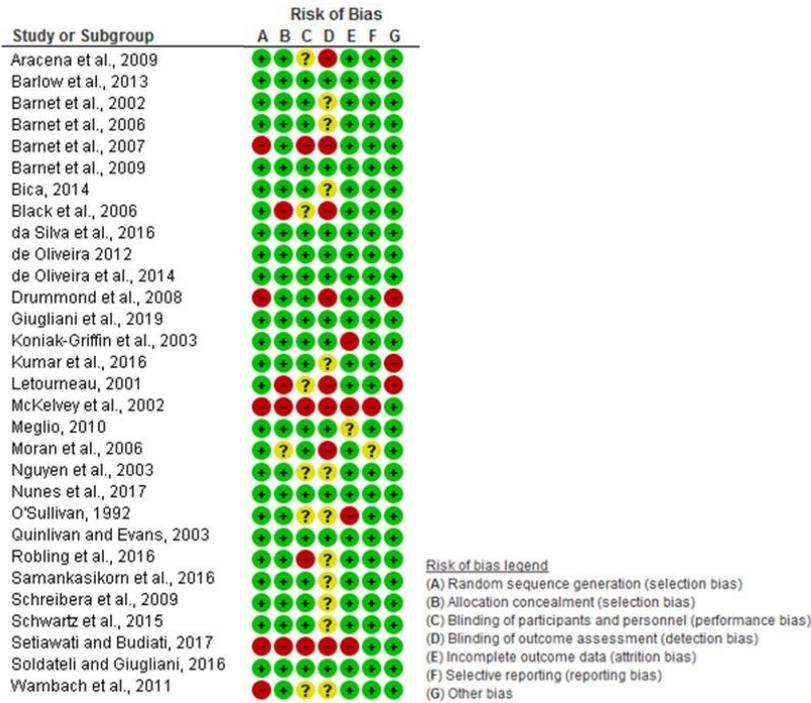


Figura 2- Risco de viés ensaios clínicos

Artigo	Seleção				Comparação			Desfecho			Total
	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	
M. K. Aracena, et al, 2013	1	1	1	1	---	1	1	1	1	1	7
A. M. C. Culp et Al, 1998	1	1	1	NA	---	1	1	---	1	---	5
D. L. S. Haire-Joshu et al 2015	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8
J. D. B. Key et Al 2001	1	1	1	1	---	1	1	---	1	---	6
D. A. Koniak-Griffin et Al 2002	1	1	1	1	1	1	1	---	1	---	7
D. M. Koniak-Griffin et Al 1999	1	1	1	1	---	1	1	---	1	---	5
A. L. C.-J. Paine, et Al 2020	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Figura 3- Risco de viés estudos observacionais

Em relação ao tamanho da amostra, 27% das intervenções foram realizadas em menos de 100 participantes. O tempo de seguimento foi determinado pela idade da criança em 86% dos estudos (32/37). Destas trinta publicações, 20 definiram a idade de 1 ano como marco para o fim da intervenção, 2 definiram 6 meses, 8 definiram 2 anos e definiram a idade entre 1 ano e meio e 18 meses para concluir a intervenção.

O limite de 19 anos de idade foi estabelecido na maioria das publicações (29/37), três estudos determinaram o limite da idade materna em 18 anos (artigo 6,7,30) e um artigo 17 anos (artigo 5). Em relação a idade mínima dos participantes quatro publicações definiram 14 anos (artigo 10,18,20,33), 3 definiram 12 anos (artigo 3,4,6) , três estudos definiram 13 anos (artigos 12,17,35), 2 estudos definiram 15 anos (artigos 22,37), os demais estudos não definiram a idade mínima da adolescente para a participação. Em relação a condição socioeconômica, a maior parte das intervenções priorizou adolescentes vulneráveis economicamente.

Em relação a idade da criança para participação, apenas dois estudos (artigo 2 e 21) definiram a idade mínima para participação. O estudo 2 definiu a participação de crianças de 12 a 15 meses e o estudo 22 definiu a idade de 6 a 20 meses.

A maioria das publicações (36/37) propôs a realização da intervenção logo após o nascimento, definindo apenas a idade limite para o seguimento.

Em relação ao início da intervenção nas adolescentes, 32% (12/37) começaram na gestação, com a idade gestacional das mães variando entre 24 e 31 semanas.

Enfermeiros foram responsáveis por 48% da aplicação das intervenções, Paraprofissionais 38%, equipe multidisciplinar 11% e 3% agente comunitário de Saúde . Por paraprofissionais podemos entender voluntários da comunidade como mães ou indivíduos que tiveram experiências como cuidadores (FRACOLLI et al., 2018).

Tabela 2- Descrição das intervenções e resultados

Nº		Quem aplicou	Número de sessões e duração	Resultados
1	Programa de visitas domiciliares	Paraprofissional	Visitas domiciliares que iniciaram no terceiro trimestre e seguiram até a criança completar 1 ano.(nº exato de sessões não informado)	Os resultados mostram escores mais elevados para o grupo de intervenção sobre a saúde mental e o estado nutricional das mães, bem como sobre os níveis de desenvolvimento linguístico das crianças.
2	Programa de visitas domiciliares	Paraprofissional	Visitas domiciliares que iniciaram no terceiro trimestre e seguiram até a criança completar 1 ano. .(nº exato de sessões não informado)	A frequência de crianças com desenvolvimento normal de linguagem foi semelhante em ambos os grupos aos 48 meses ($Z = 0,57$, $p = 0,28$).O mesmo acontece no desenvolvimento social ($Z = 0,69$, $p = 0,27$).Atitudes maternas de risco de abuso infantil são semelhante entre o grupo controle e experimental.
3	Programa de visitas domiciliares (Family Spirit)	Paraprofissional	Visitas domiciliares realizadas desde a gestação até a criança completar 1 ano. (43 sessões estruturadas)	Aos 12 meses após o parto, as mães do grupo de intervenção tinham um conhecimento dos pais significativamente maior, autoeficácia dos pais e atitudes de segurança em casa, seus filhos tinham menos problemas de desenvolvimento emocional.
4	Programa de visitas domiciliares	Paraprofissional	Visitas a partir da 28ª semana até a criança completar 6 meses.(25 visitas domiciliares+ 41 aulas-duração das visitas: 1h e meia)	Mães na intervenção em comparação com o grupo de controle tinham um conhecimento significativamente maior com 2 e 6 meses após o parto. Apresentaram maior envolvimento com a criança aos dois meses. Não houve diferença entre os grupos para habilidades de cuidados infantis.
5	Programa de visitas domiciliares	Paraprofissional	Visitas semanais com duração de 30 min. Até a criança completar 1/ 2 anos	Melhora das habilidades/comportamentos maternos do grupo intervenção e não apresentou diferença significativa entre o grupo intervenção e controle em relação ao estresse e saúde mental.
6	Programa de visitas domiciliares	Paraprofissional	Visitas quinzenais até a criança completar 1 anos e mensais até a criança completar 2 anos.	O programa não apresentou efeito para gravidez de repetição e vínculo com a APS. as chances ajustadas de continuação da escola foram 3,5 vezes maiores no grupo intervenção e das habilidades paternas foram 5,5 melhores no grupo intervenção
7	Programa de visitas usando software (CAMI+) ou apenas uso do software	Paraprofissional	Visitas iniciadas 6 semanas pós-parto realizadas trimestralmente até 24 meses da criança.	A análise de intenção de tratar indicou que o grupo CAMI + em comparação como grupo de controle de cuidados usuais exibiu uma tendência para taxas de natalidade mais baixas (13,8% vs 25,0%; $P = 0,08$), enquanto o grupo apenas CAMI não (17,2% vs 25,0%; $P = 0,32$). Controlando as diferenças do grupo da linha de base, a razão de risco (HR) para o nascimento repetido foi significativamente menor para o grupo CAMI + do que para o grupo de cuidados habituais (HR = 0,45; IC 95%, 0,21-0,98).

Nº		Quem aplicou	Número de sessões e duração	Resultados
8	Visitas domiciliares associadas a sessões de aconselhamento em aleitamento materno	Enfermeira	sessões de aconselhamento iniciadas de 24-72h pós-parto e realizadas com 7,15,30,60 e 120 dias pós-parto	A intervenção tem uma influência positiva maior quando a adolescente não morava com a avó da criança. A prevalência no grupo controle sem morar com a avó:38% grupo intervenção: 62%/ morando com a avó: prevalência no grupo controle:41% e 49% no grupo intervenção.
9	Programa de visitas domiciliares	Paraprofissional (mães universitárias negras mentoras)	visitas quinzenais até a criança completar 1 ano.	A Intervenção foi eficaz para adiar a gravidez de repetição. O Grupo controle apresentou 2.5 mais chances de gravidez de repetição. Não houve diferenças entre os grupos em relação as práticas de risco
10	Programa de visitas domiciliares	Paraprofissional	Visitas domiciliares semanais com duração de 1h desde o nascimento até a criança completar 6 meses.	Após 6 meses de intervenção, as mães melhoraram significativamente seu conhecimento sobre o desenvolvimento infantil; responsividade empática; e papéis na família. Além disso, a segurança de suas casas melhorou significativamente e seu envolvimento com agências na comunidade aumentou significativamente. Mães adolescentes apresentaram pior resultado sobre conhecimento do desenvolvimento no início do estudo, essa diferença mudou após a intervenção
11	Visitas domiciliares associadas a sessões de aconselhamento em aleitamento materno	Enfermeira	sessões de aconselhamento iniciadas de 24-72h pós-parto e realizadas com 7,15,30,60 e 120 dias pós-parto	O cálculo das medianas indicou um aumento na duração do AME nos 2 grupos de intervenção em relação aos grupos sem intervenção. A intervenção aumentou em 67 dias; a duração do AME no grupo de adolescentes que não mora com suas mães (103 dias; IC 95% = 82,4-123,5 com intervenção versus 36 dias; IC 95% = 21,5 - 50,5 sem intervenção) e por 46 dias no grupo de mães que moram com as avós (89 dias; IC 95% = 56,8-121,2 com intervenção versus 43 dias; IC 95% = 29,5-56,1 sem intervenção).Considerando apenas os grupos de controle e intervenção, sem levar em conta a coabitação da mãe com a avó materna, a duração mediana do AME foi, respectivamente, 41 dias (IC 95% = 30,5-51,5) e 99 dias (IC 95% = 83,4-114,6)
12	Programa de Visitas domiciliares	Profissionais de saúde	5 visitas com espaço de 2 a 3 semanas para ocorrência de cada uma.	mães do grupo intervenção apresentaram melhor interação e sensibilidades as respostas do Rn que as mães do grupo controle.
13	Visitas domiciliares associadas a sessões de aconselhamento em aleitamento materno	Enfermeira	sessões de aconselhamento iniciadas de 24-72h pós-parto e realizadas com 7,15,30,60 e 120 dias pós-parto	A prevalência de aleitamento materno aos dois anos foi semelhante no grupo intervenção e no grupo controle.
14	Visitas domiciliares associadas a sessões de aconselhamento em aleitamento materno	Enfermeira	sessões de aconselhamento iniciadas de 24-72h pós-parto e realizadas com 7,15,30,60 e 120 dias pós-parto	A intervenção retardou o a introdução de leite artificial e alimentação complementar antes dos 6 meses. As curvas de sobrevivência mostraram que a intervenção adiou a introdução do leite artificial e alimentos complementares. Aos 4 meses, 41% (IC 95%, 32,8-49,2) das crianças no grupo de controle receberam alimentos em comparação com 22,8% (IC 95%, 15,9-29,7) do grupo de intervenção. Aconselhamento adiou a introdução de leite artificial, que ocorreu aos 95 dias (95% CI, 8,7-111,3) no controle grupo e em 153 dias (95% CI, 114,6-191,4) no grupo de intervenção
15	Visitas domiciliares associadas a sessões de	Enfermeira	sessões de aconselhamento iniciadas de 24-72h pós-parto e	A intervenção apresentou impacto significativo na redução do uso de chupeta apenas no grupo em que as avós estavam envolvidas. Neste grupo, a intervenção atrasou em 64 dias a introdução de chupeta em

Nº		Quem aplicou	Número de sessões e duração	Resultados
	aconselhamento em aleitamento materno		realizadas com 7,15,30,60 e 120 dias pós-parto	comparação com 25 dias no grupo sem a participação das avós.
16	Visitas domiciliares e reuniões de grupo-BALANCE	Paraprofissional(pais educadores)	24 meses pós-parto	Quando comparados com o grupo de controle, os adolescentes BALANCE que estavam ≥ 12 semanas após o parto apresentaram 89% a mais de probabilidade ($p = 0,02$) de manter um IMC normal ou melhorar um IMC com sobrepeso / obesidade em 12 meses, também apresentaram melhora na ingestão de vegetais e consumo de água.
17	Visitas domiciliares, reuniões na escola e material educativo	Equipe multidisciplinar coordenada por assistente social	Encontros semanais ao longo do ano escolar.	O grupo intervenção apresentou taxa de 6% de gravidez de repetição e o grupo controle taxa de 29%.
18	Programa de visitas domiciliares	Enfermeira	Visitas realizadas desde a gravidez até criança completar 1 ano. (17 visitas ao todo)	Bebês do grupo intervenção apresentaram menos dias de internação total (74) comparado ao grupo controle (154)Da mesma forma, foram encontrados efeitos positivos do programa para a imunização. Não houve diferenças de grupo em visitas ao pronto-socorro ou taxas de gravidez repetida. Álcool, tabaco e o uso de maconha aumentaram significativamente desde a gravidez até 1 ano após o parto em ambos os grupos.
19	Programa de visitas domiciliares	Enfermeira	Visitas realizadas desde a gravidez até criança completar 1 ano. (17 visitas ao todo)	O número total de dias para hospitalização infantil relacionada ao parto foi de 91 para o grupo intervenção e 110 dias para o grupo controle.
20	Programa de visitas domiciliares	Enfermeira	Visitas realizadas desde a gravidez até criança completar 1 ano. (17 visitas ao todo)	Número total de dias de internação no grupo intervenção de 143 dias e no grupo controle 211 dias nos primeiros 25 meses. O grupo intervenção teve 15% menos de gravidez de repetição em 24 meses.
21	Programa de Leitura de livros	Estudantes universitários voluntários	Visitas domiciliares mensais	A chance de a mãe apresentar depressão diminuiu pela metade no grupo intervenção (OR 0,5) e aumentou no grupo controle (OR 2,5). A chance de a leitura ser atividade favorita entre mãe e filho aumentou sete vezes no grupo intervenção (OR 7).
22	Programa de visitas domiciliares	Enfermeira	06 vistas semanais com 1 hora de duração	Resultado não foi significativo devido ao tamanho da amostra
23	Programa de visitas domiciliares	Paraprofissional	25 meses de visita domiciliar	Não houve diferença significativa entre os grupos.
24	Programa de suporte telefônico para aleitamento materno	Adolescentes que já haviam sido mães	Telefonemas para a nova mãe em 2, 4 e 7 dias após a alta e, em seguida, 2, 3, 4 e 5 semanas após a alta.	Não houve diferenças entre os grupos em relação a duração da amamentação. O grupo intervenção apresentou uma maior duração do aleitamento materno exclusivo.
25	Programa de visitas domiciliares associado a vídeo educativo	paraprofissional	8 visitas domiciliares entre 6 e 12 meses da criança	Tamanho do efeito geral foi modesto. Mães do grupo intervenção foram um pouco mais sensíveis aos sinais de alerta que o grupo controle.

Nº		Quem aplicou	Número de sessões e duração	Resultados
26	Programa de visita domiciliar	Enfermeira	Visitas semanais nas primeiras 4 semanas e quinzenais até a criança completar 2 anos.	Os resultados preliminares indicam que a visita domiciliar por enfermeiras de saúde pública (PHNs) afetaram positivamente a saúde de mães adolescentes e seus bebês. A incidência de parto prematuro no grupo intervenção foi inferior ao encontrado na população de adolescentes da Califórnia.
27	Visitas domiciliares associadas a sessões de aconselhamento em aleitamento materno	Enfermeira	Sessões de aconselhamento iniciadas de 24-72h pós-parto e realizadas com 7,15,30,60 e 120 dias pós-parto	O grupo intervenção apresentou melhor padrão alimentar quando comparado ao grupo controle.
28	Visitas domiciliares associadas aos cuidados especiais da equipe Teen Baby Clinic	Equipe Multidisciplinar	Visitas duas semanas após alta, 02 meses, 04 meses, 09 meses, 12 meses e 18 meses (cuidado usual) acrescidas do cuidado da equipe multidisciplinar.	Taxas menores de gravidez de repetição e internação do RN no grupo intervenção
29	Programa de visita domiciliar	Enfermeira	64 visitas realizadas desde a gestação até 24 meses da criança.	Não ocorreu diferença entre os grupos em relação aos estados internos. a relação entre pai e mãe interferiu nas respostas.
30	Programa de visita domiciliar	Enfermeira	visitas realizadas com 1 semana, 2 semanas, 1 mês, 2 meses, 2 4 meses e 6 meses após o nascimento.	Redução dos desfechos neonatais negativos no grupo intervenção, aumento do conhecimento sobre contraceptivos. Não houve diferença entre os grupos em relação da vacinação e aleitamento materno.
31	Programa de visita domiciliar (Family Nurse Partnership)	Enfermeira	64 visitas estruturadas que acontecem durante gestação até a criança completar 2 anos.	Não houve diferença entre os grupos em relação ao uso de tabaco, o peso médio ao nascer do RN foi maior no grupo intervenção (3217g X 3197g), o percentual de segunda gravidez em dois anos foi o mesmo entre os dois grupos(66%).
32	Programa de visitas domiciliares	Agente Comunitário de Saúde	Duas visitas mensais durante a gestação e 1 visita mensal após o nascimento do bebê até este completar 1 ano de vida.	Escores médios de autoestima não foram significativamente diferente entre os grupos no início da intervenção. Após 3 meses o grupo intervenção apresentou melhora significativa nesse escore. Nenhum dos grupos estava em risco para depressão no início do estudo, permanecendo após três meses.
33	Pacote de pílulas de contracepção de emergência+ orientação	Equipe Multidisciplinar	Pacote entregue na maternidade junto com orientações de uso. Acompanhamento realizado com 6 semanas, 3,6 e 12 meses pós-parto.	13% de gravidez de repetição no grupo intervenção e 30% de gravidez no grupo controle.
34	Visitas domiciliares associadas a sessões de aconselhamento em aleitamento materno	Enfermeira	Sessões de aconselhamento iniciadas de 24-72h pós-parto e realizadas com 7,15,30,60 e 120 dias pós-parto. Quando crianças tinham idade entre 4 e 7 anos, foram	O IMC para a idade e a altura para a idade foram semelhantes nos grupos de intervenção e controle, assim como a prevalência de sobrepeso (39% vs. 31% respectivamente; p = 0,318).

Nº		Quem aplicou	Número de sessões e duração	Resultados
			submetidos à avaliação antropométrica e coleta de dados sobre hábitos alimentares	
35	Visita domiciliar com utilização de livro de apoio	Enfermeira	Início 12h após o parto e realização de Visita com duração de 60 min.	Melhor conhecimento dos pais sobre os cuidados do RN no grupo intervenção. Idade e Educação do entrevistado interferiu no resultado.
36	Visitas domiciliares associadas a sessões de aconselhamento em aleitamento materno	Enfermeira	sessões de aconselhamento iniciadas de 24-72h pós-parto e realizadas com 7,15,30,60 e 120 dias pós-parto	Houve baixa adesão às recomendações sobre alimentação infantil na população estudada, sem diferença no cumprimento dos passos entre os grupos.
37	Aconselhamento em aleitamento materno (aulas com consultor)	Enfermeira+ mãe adolescente experiente	Início no segundo trimestre da gravidez até 4 semanas após o parto.	Proporção de aleitamento materno no grupo intervenção foi de 79% e no grupo controle de 63%

Programas de Visitas Domiciliares

Os programas de visitas domiciliares variaram em termos de duração, intensidade, aplicação e objetivos. O quantitativo de visitas domiciliares programadas na intervenção foi informado em 23 publicações analisadas. Destes 65% (15/23) fez uma previsão de realização de até 10 visitas, 13% (3/23) fez a previsão de 11 até 20 sessões, 4% (1/23) programou 21 a 30 sessões da intervenção, 9% (2/23) de 40 a 50 sessões e 9% (2/23) 50 ou mais sessões.

No estudo de Aracena (2011) realizado no Chile, foi avaliada a efetividade de um programa de visitas domiciliares para adolescentes entre 14-19 anos e suas crianças até um ano de idade. A intervenção foi aplicada por um voluntário da comunidade, treinado por uma enfermeira supervisora. Os resultados apontaram eficácia relacionada a saúde mental das mães e desenvolvimento das crianças (Aracena, M et al., 2011).

A mesma autora é responsável por estudo observacional que avalia os efeitos a medio prazo da mesma intervenção. Os resultados demonstram que aos 48 meses os efeitos observados a curto prazo não haviam se mantido e destaca limitações relacionadas as características da amostra relacionadas a diferentes “níveis de vulnerabilidade” que não foram controlados (ARACENA et al., 2013).

No ensaio clínico realizado por Barlow (2013) foi avaliada a eficácia da intervenção chamada “Family Spirit”. Esse programa de visitas estava destinado a jovens entre 12-19 anos com 32 semanas, autodeclaradas índias americanas. A intervenção teve duração de um ano e contou com 43 visitas desde a gestação até o nascimento. Os resultados apontam que a intervenção produziu resultados a curto prazo na autoeficácia dos pais (como as mães tomam decisões para si e para segurança e zelo dos filhos) e conseqüentemente nos cuidados ofertados as crianças. O estudo traz limitações relacionadas à falta de clareza em relação a possibilidade de extrapolar o resultado para uma população heterogênea, outra situação está

relacionada ao risco de viés nas respostas dos participantes devido a “desejabilidade” social dos pais em receber um cuidado mais intensivo para o filho (BARLOW et al., 2013).

Barnet (2007) apresentou um programa de intervenção que contava com 24 visitas domiciliares e 41 aulas curtas desde a 28ª semana de gestação para adolescentes índias americanas entre 12-19 anos até a criança completar 6 meses. O objetivo do estudo foi avaliar o impacto de visitas realizadas por paraprofissionais para melhorar o conhecimento dos pais sobre cuidados infantis e interação mãe/bebê. Os resultados da intervenção foram positivos 2 meses após ao parto, mas não se mantiveram aos 6 meses, sendo considerados transitórios, o tamanho da amostra também foi considerado reduzido (BARNET et al., 2007).

O estudo de Black (2006) apresentou um programa de visitas domiciliares realizado por mentoras, mães universitárias negras, que realizaram visitas quinzenais em mães adolescentes menores de 18 anos da gestação até a criança completar um ano. O objetivo principal da intervenção era a prevenção da gravidez de repetição e comportamentos considerados de risco focando na autonomia e autoeficácia do país. Eles trabalharam para construir relacionamentos de confiança com as mães do grupo intervenção, ouvindo as perspectivas delas. A amostra total da intervenção foi de 181 adolescentes. Os resultados do estudo descreveram eficácia da intervenção no adiamento da gravidez de repetição (grupo controle 2,5 mais chances da segunda gravidez que o grupo intervenção), mas não houve diferença entre os grupos em relação ao comportamento de risco. Problemas no agendamento dos encontros e reagendamentos foram um dificultador na realização do programa. Tamanho da amostra, falta de estudos demonstrando a eficácia de mentoras universitárias e falta de informações sobre a realização de possíveis abortos são questões metodológicas que devem ser consideradas na interpretação dos resultados (BLACK et al., 2006).

Os artigos de Koniak (2002) avaliaram desfechos diferentes após a aplicação do programa Early Intervention Program (EIP). Esta intervenção era aplicada por enfermeiras de

saúde pública treinadas e foi desenvolvido em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia (UCLA) (KONIAK-GRIFFIN et al., 2002).

O *EIP* foi projetado para melhorar os comportamentos de saúde materna durante e depois da gravidez; melhorar os resultados do nascimento, saúde materno-infantil, construir habilidades relacionadas ao cuidado materno e melhorar a qualidade da interação mãe-filho, prevenir a rápida repetição da gravidez, aumentar o nível educacional e construir competência social. As visitas foram realizadas desde a gravidez até a criança completar 1 ano, somando 17 visitas ao todo (KONIAK-GRIFFIN et al., 2003).

A primeira intervenção foi descrita em 1999, através de um estudo observacional e demonstrou uma redução do número total de dias de internação no grupo intervenção comparado ao grupo controle (91 x 110 dias), indicando que a intervenção foi capaz de desenvolver habilidades maternas relacionadas ao cuidado dos recém-nascidos. A limitação do estudo é a impossibilidade de generalização para jovens com características diferentes das participantes, avaliação dos resultados apenas a curto prazo e falta de informações sobre situação escolar e gravidez de repetição. (KONIAK-GRIFFIN et al., 1999)

Na publicação seguinte, realizada em 2002, a autora conseguiu avaliar os efeitos da intervenção após 1 anos e descreveu os seguintes resultados: dias totais de internação do grupo intervenção 74 e grupo controle 154 dias, efeitos positivos na imunização das crianças também foram descritos, não houve diferença entre os grupos em relação à procura a emergência, redução de gravidez de repetição e redução de comportamentos de risco (uso de drogas e álcool). O gerenciamento de casos pela enfermeira que realizava a visita foi tido como uma estratégia fundamental para o sucesso do programa. Além das visitas, ao longo do ano de acompanhamento foi mantido contato telefônico constante com as mães em ambos os grupos. Dificuldades relacionadas à carga de trabalho das enfermeiras envolvidas foram relatadas. Estas não eram exclusivamente dedicadas ao programa. Entre os limitantes do

estudo estão o uso de relatos maternos para completar informações que não estavam disponíveis, além da impossibilidade de determinar quais componentes específicos do programa tiveram interferência nos resultados (KONIAK-GRIFFIN et al., 2002).

No estudo seguinte, realizado em 2003, foram avaliados os efeitos do programa depois de 2 anos pós- parto, dessa vez através de um ensaio clínico. O estudo confirmou a redução dos dias totais de internação no grupo intervenção em relação ao grupo controle (143 dias x 211 dias), discreta diferença na procura de hospitais pediátricos, sendo maior no grupo controle (11% de procura x 36% de procura). Após 2 anos não houve diferença entre os grupos em relação à vacinação e permanência na escola. A chance de usar drogas aumentou nos dois grupos, principalmente em relação ao uso da maconha. A taxa geral de gravidez de repetição foi 15% maior no grupo controle. O sucesso do programa foi atribuído a existência de profissionais treinados, gerenciamento de casos, atendimentos individualizados, mães primíparas e intervenção desde a gravidez (KONIAK-GRIFFIN et al., 2003).

Robling (2016) avaliou a eficácia do “Family Nurse Partnership”(FNS), programa intensivo de visitas domiciliares (64 visitas planejadas) realizado por enfermeira de saúde pública, desenvolvido desde a gestação até o bebê completar 24 meses. Este programa foi desenvolvido nos Estados Unidos para mulheres primíparas e adaptado para adolescentes na Inglaterra. Neste estudo os pesquisadores ofereceram ao grupo intervenção cuidados usais associado ao FNS e ao grupo controle foram oferecidos apenas os cuidados usuais do sistema nacional de saúde inglês. Os desfechos avaliados foram uso de tabaco, gravidez de repetição, peso do recém-nascido e internação da criança no período de 24 meses. Os resultados encontrados demonstraram não haver diferenças significativas entre os grupos em relação aos desfechos analisados. A justificativa para o fato seria que ao contrário das mulheres nos Estados Unidos em que a intervenção se originou, as mães adolescentes na Inglaterra podem acessar muitos serviços sociais e de saúde legais, incluindo médicos de família baseados na

comunidade, parteiras e enfermeiras de saúde pública e, na maioria dos locais de teste, especialistas em gravidez na adolescência, o que pode ter diluído o efeito do FNS. Alguns resultados secundários foram encontrados: intenção de amamentar, desenvolvimento cognitivo da criança relatado pela mãe (aos 24 meses apenas), desenvolvimento da linguagem usando uma avaliação relatada pela mãe modificada (aos 12 e 18 meses) e usando uma avaliação padronizada (o marco inicial da linguagem; aos 24 meses), níveis de apoio social, qualidade do relacionamento com o parceiro e autoeficácia geral (ROBLING et al., 2016).

Paine (2020) utilizou uma subamostra do estudo relatada acima, com objetivo de avaliar como a intervenção FNS impacta na referência dos estados internos da mãe, ou seja, no relato de sentimentos e emoções maternas, já que esta ação pode interferir no desenvolvimento da linguagem da criança. No momento da visita dos 24 meses, era feito um vídeo de 3 minutos para avaliar a interação mãe/bebê. Neste estudo observacional no contexto de um ensaio clínico randomizado, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas referências das mães aos estados internos da interação mãe-filho no FNP em comparação com o grupo de cuidados habituais. Paine (2020) alerta para o fato que é possível que, onde a prestação de serviços é limitada, se possa esperar que o FNP tenha um impacto positivo maior na linguagem interna do estado das mães do que em locais onde os próprios cuidados usuais oferecem um pacote de apoio abrangente, como é o caso da Inglaterra (PAINE et al., 2020).

Programa Baseado na Escola

O “ *The Second Chance Club*” foi uma intervenção baseada na escola secundária que teve como objetivo reduzir a gravidez de repetição entre as adolescentes, além de tentar evitar o fracasso escolar muitas vezes relacionado ao acúmulo de responsabilidades que a jovem passa a ter ao se tornar mãe. O programa incluiu: reuniões semanais de grupo ao longo do ano escolar focado nos pais, planejamento de carreira, questões do adolescente e apoio do grupo; participação em eventos escolares, como um clube escolar; gestão de casos individuais e visitas domiciliares; atendimento médico para o adolescente e o bebê por meio de tanto uma clínica ligada a uma universidade quanto a clínica baseada na escola; e projetos de serviço selecionados pelo grupo que forneceu alcance para a comunidade e para meninas do ensino médio em situação de risco. A aplicação da intervenção foi realizada por uma equipe multidisciplinar coordenada por uma assistente social. A amostra contou com 50 participantes no grupo intervenção e 255 no grupo controle, sendo o número reduzido apontado como uma das limitações deste estudo. Os principais resultados foram 6% de gravidez de repetição no grupo intervenção (3 casos de 50 participantes) e 37% no grupo controle (95 de 255) sendo este considerado sem significância estatística devido ao tamanho da amostra (KEY; BARBOSA; OWENS, 2001)

Programa usando software

Barnet (2009) descreveu uma intervenção motivacional realizada através de um software CAMI (*computer-assisted motivational intervention*); com objetivo de reduzir gravidez de repetição. A aplicação da intervenção foi dividida em três grupos: o grupo 1 fez uso do software, grupo 2 uso dos softwares e visitas domiciliares e grupo 3 recebeu apenas o tratamento padrão (BARNET et al., 2009).

A intervenção foi desenvolvida por paraprofissional e teve início 6 semanas após o parto, sendo realizada trimestralmente até 24 meses da criança. Adesão foi considerada a partir de 7 sessões. Usando um computador, o adolescente respondeu perguntas sobre suas relações sexuais atuais e intenções e comportamentos de uso de anticoncepcionais e preservativos e a partir dessa resposta o software realizava um alerta que sinalizava risco alto, médio ou baixo de engravidar ou de uma infecção sexualmente transmissível. Diante disso as conselheiras voluntárias eram acionadas e desenvolviam sessões de 20 minutos com as jovens buscando que estas evitassem uma possível gravidez. A análise por intenção de tratar exibiu uma tendência de taxas de natalidade mais baixas comparando o grupo CAMI associado a visita domiciliar, em relação ao cuidado usual (13% vs 25% $P= 0,08$), demonstrando uma redução (44%) da gravidez de repetição no grupo intervenção (CAMI associada a VD) no período de 24 meses para adolescentes afro-americanas baixa renda com idade entre 12-18 anos. O estudo relata limitações, relacionadas ao envolvimento dos participantes. O software, sem estar associado às visitas não apresentou os mesmos resultados. A adesão no grupo que recebeu a VD foi duas vezes maior. Tal fato pode estar relacionado ao contato iniciado neste grupo desde a gestação e no outro apenas após o nascimento e por telefone, o que tornou o contato mais difícil. (BARNET et al., 2009)

Programa de suporte telefônico

O estudo apresentado por Meglio (2010) descreveu uma intervenção que "avalia o efeito do apoio de pares por contato telefônico na duração da amamentação entre adolescentes (total da amostra: 78 mães adolescentes menores de 20 anos). A grande questão desse programa é que o suporte era dado por mães adolescentes que já haviam amamentado anteriormente. As "mentoras" telefonaram para as novas mães em 2, 4 e 7 dias após a alta e, em seguida, 2, 3, 4 e 5 semanas após a alta. Nenhum tópico de discussão específico foi atribuído. As perguntas eram abertas e tratavam sobre a experiência em aleitamento materno que estavam

vivenciando. Elas ofereceram seus números de telefone para que o as novas mães conseguissem pedir apoio. No geral a duração da amamentação não apresentou diferença entre os grupos (mediana de 75 dias no grupo de intervenção e 35 dias no grupo de controle, $p = 0,26$), sendo o resultado significativo em termos de duração apenas no grupo que estava em aleitamento materno exclusivo no início da intervenção (mediana, 35 dias x 10 dias; razão de risco 0,26, intervalo de confiança de 95% 0,10–0,70, $p = 0,004$). As limitações do estudo dizem respeito a autorrelatos dos participantes em relação à duração do aleitamento pois ambos receberam incentivo financeiro e possível viés de memória no grupo intervenção devido à intensidade de telefonemas (MEGLIO; MCDERMOTT; KLEIN, 2010).

Programa de Leitura de livros

Este estudo piloto teve como objetivo estudar o efeito de um programa de leitura no comportamento das mães adolescentes e no desenvolvimento da linguagem de seus filhos. Além dos cuidados de rotina, livros sobre o desenvolvimento infantil adequado à fase da criança foram apresentados e os pais incentivados a realizar a leitura em voz alta. Estudantes universitários voluntários auxiliaram na indicação da melhor bibliografia. O programa se baseava na antecipação do que estava previsto para a fase seguinte do desenvolvimento, para que a mãe adolescente se sentisse segura e capaz de assumir o controle dos cuidados com seu filho. O estudo demonstrou que mães do grupo intervenção desenvolveram o hábito de leitura e se mostraram menos deprimidas. As limitações se referem ao tamanho da amostra (30 mães adolescentes) e a não mensuração dos resultados nas crianças (KUMAR et al., 2016).

Programa de VD e aconselhamento em aleitamento materno

Apesar de todos os estudos desta categoria tratarem da mesma intervenção, avaliaram desfechos diferentes relacionados ao aleitamento materno, por isso foram todos incluídos. Foram realizadas seis sessões de aconselhamento em aleitamento materno e alimentação saudável durante o 1o ano de vida da criança, a primeira delas na maternidade e as demais aos 7, 15, 30, 60 e 120 dias, nos domicílios. A amostra foi composta por 323 mães adolescentes que viviam ou não com as avós maternas dos bebês (BICA; GIUGLIANI, 2014; DA SILVA et al., 2016; DIAS DE OLIVEIRA et al., 2014).

O estudo de Bica (2014) determinou a prevalência do aleitamento materno nos grupos e demonstrou que a intervenção apresentou melhores resultados quando a adolescente não morava com a avó da criança. A prevalência no grupo controle sem morar com a avó foi de 38% grupo intervenção, 62%/ morando com a avó. A prevalência no grupo controle foi de 41% e 49% no grupo intervenção. As limitações apontadas no estudo estão relacionadas às dificuldades no acompanhamento dos participantes por 24 meses, considerado o ideal segundo o autor e a dificuldade na análise da intensidade do aleitamento quando este não era exclusivo (BICA; GIUGLIANI, 2014).

No estudo de Dias (2014) o desfecho analisado foi o aleitamento materno exclusivo. Os resultados demonstraram que a intervenção aumentou em 67 dias a duração do AME no grupo de adolescentes que não mora com suas mães (103 dias; IC 95% = 82,4-123,5 com intervenção versus 36 dias; IC 95% = 21,5 - 50,5 sem intervenção) e em 46 dias no grupo de mães que moram com as avós (89 dias; IC 95% = 56,8-121,2 com intervenção versus 43 dias; IC 95% = 29,5-56,1 sem intervenção). Considerando apenas os grupos de controle e intervenção, sem levar em conta a coabitação da mãe com a avó materna, a duração mediana do AME foi, respectivamente, 41 dias (IC 95% = 30,5-51,5) e 99 dias (IC 95% = 83,4-114,6). Este estudo não conseguiu demonstrar influência negativa da presença das avós em relação ao

aleitamento materno exclusivo. O autor atribuiu tal fato a possíveis diferenças metodológicas deste estudo em relação a outros que analisaram a mesma condição (DIAS DE OLIVEIRA et al., 2014).

O estudo de Silva (2016) estudou a interferência da intervenção na prevalência do aleitamento materno aos dois e não encontrou diferenças significativas entre os grupos. (DA SILVA et al., 2016)

Outros resultados descritos relacionados a esta mesma intervenção foram: adiamento da introdução de leite artificial (DE OLIVEIRA et al., 2012), adiamento em 64 dias na introdução do uso de chupeta no grupo intervenção comparado a 25 dias para introdução no grupo controle (GIUGLIANI et al., 2019) e desenvolvimento de melhor padrão alimentar no grupo intervenção (DA SILVA et al., 2016).

Principais Desfechos

Entre os desfechos analisados, autoeficácia dos pais e gravidez de repetição foram os mais pesquisados em relação as mães adolescentes (8/37), seguidos por saúde mental das mães (5/37). Em relação ao recém-nascido os desfechos analisados com maior frequência foram hospitalização, desenvolvimento infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Maus tratos apareceu como desfecho em apenas uma publicação.

A partir da análise dos resultados das publicações incluídas nessa revisão, oito estudos (3,4,5,6,10,12,25,35) demonstraram a melhora da autoeficácia dos pais a partir da intervenção, o que de forma direta interfere no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido pois envolve as relações de cuidado, interação e percepção dos sinais de risco para saúde da criança.

Em relação a gravidez de repetição, sete estudos (7,9,17,20,28,31,33) demonstraram resultados satisfatórios, seja no adiamento da segunda gestação ou na não ocorrência do evento.

Cinco (8,11,14,28,39) estudos demonstraram eficácia em relação ao aumento das taxas de aleitamento materno, seja em relação a duração do aleitamento materno exclusivo ou complementado.

No que se refere à internação do recém-nascido, quatro artigos (18,19,20,28) demonstraram que a intervenção possibilitou uma redução das taxas de internação. A eficácia relacionada a efeitos neonatais adversos foi demonstrada em três publicações.(26,30,31).

5. DISCUSSÃO

As publicações selecionadas para esta revisão apresentaram alta qualidade metodológica, em sua maioria, o que permite confiabilidade nos resultados alcançados.

Uma das investigações mais antigas selecionadas data de 1998 e descreve características fundamentais para que programas de intervenção para adolescentes sejam eficazes: serem realizadas através de visitas domiciliares intensivas, contato com a família desde o pré-natal, serviços oferecidos pelo menos uma vez por semana, programa adequado às necessidades dos pais e realização da avaliação de risco das famílias (CULP et al., 1998).

Segundo os autores, pais adolescentes são sensíveis as vistas domiciliares e estas provocariam um alívio ao estresse gerado pela maternidade associado as transformações da adolescência (CULP et al., 1998).

A maioria das intervenções tratou de visitas domiciliares, sendo a mais robusta delas apresentada através do Family Nurse Partnership (ROBLING et al., 2016).

Este programa realizado na Inglaterra está estruturado com 64 visitas domiciliares realizadas desde a gestação até a criança completar dois anos, 24 visitas acontecem durante o

pré-natal, 28 durante o primeiro ano de vida da criança e 22 entre 13-24 meses de vida. Seu início aconteceu em 2007, inicialmente planejado para adolescentes menores de 20 anos, aumentando a faixa etária em 2018 para jovens de até 24 anos (PAINE et al., 2020).

Um estudo observacional realizado em 2020 avaliou o impacto do FNH no comportamento materno relacionado a interação com seus filhos aos 24 meses de idade. Os resultados demonstraram não haver diferença entre os grupos intervenção e controle naquela avaliação pontual, mas sinalizaram questões importantes, que podem fazer diferença em relação ao resultado esperado: as redes de apoio que a jovem mãe possui (PAINE et al., 2020).

Uma revisão sistemática sobre programas de visitas domiciliares para famílias e crianças vulneráveis aponta que estratégias eficazes devem ser baseadas nos relacionamentos, na consciência cultural, no entendimento das necessidades dos pais e buscar atingir metas que estes consideram importantes, para assim conseguir proporcionar o desenvolvimento das competências parentais (MOORE et al., 2012). Sendo assim, para alcançar mudanças no comportamento materno que refletirão na interação mãe/bebê é fundamental considerar esses pontos e não apenas um roteiro de visitas rígido.

Quem realiza a intervenção parece ser um ponto fundamental a ser considerado na elaboração destes programas. Uma metanálise sobre intervenções para mães adolescentes e seus filhos relacionadas ao desenvolvimento cognitivo, demonstrou diferenças nos efeitos da intervenção quando realizada por paraprofissionais ou profissionais de saúde (BAUDRY et al., 2017). Do mesmo modo, publicações incluídas nesta revisão também alertam para a questão.

De acordo com Aracena (2011) o perfil do visitador deve estar relacionado ao objetivo que deseja alcançar. A mesma autora aponta que paraprofissionais ou não profissionais

possibilitariam maiores efeitos da intervenção para a mãe e a visita realizada por enfermeiros mais resultados relacionados a saúde da criança (ARACENA, 2011).

Considerando a intervenção chamada “Family Spirit” desenvolvida nos EUA, realizada por paraprofissionais, com duração da gestação até a criança alcançar 12 meses, somando 43 sessões de vistas domiciliares, podemos perceber efeitos na “autoeficácia materna” e melhor desenvolvimento emocional ao contrário do que foi descrito acima como resultado no FNS (BARLOW et al., 2013).

Uma avaliação realizada na Inglaterra entre 2010 e 2017 apontou que o FNS foi eficaz para alcance de um melhor desenvolvimento infantil, redução de internações não planejadas e maus tratos(CAVALLARO et al., 2020).

A comparação dessas duas intervenções vai de encontro ao descrito por Aracena (2011), considerando melhores efeitos nas mães ou nos filhos dependendo de quem aplica a intervenção (M. et al., 2011).

Enfermeiras conseguem transmitir de forma efetiva informações relacionadas a saúde das crianças e paraprofissionais proporcionam ajuda prática pra superar problemas relacionados à maternidade, porque em geral tem vivências semelhantes, facilitando a percepção das mães dos sinais de alerta relacionados aos seus filhos.(PEACOCK S et al., 2013)

Cinco estudos incluídos nesta revisão demonstram eficácia da visita domiciliar realizada por enfermeiros para redução da internação hospitalar (artigo 18,19,20,26,30) e dois para melhora da “autoeficácia” dos pais após visita realizada por enfermeira (14 e 35).

A visita por enfermeiros também demonstrou eficácia em relação ao aleitamento materno e alimentação complementar.

Os programas de visita realizados por paraprofissionais foram eficazes para melhora da percepção dos sinais de alerta pelos pais e também para melhor interação entre mães e filhos. Sendo assim, esta revisão corrobora a hipótese de Aracena (2011).

A diferença entre o formato de cada intervenção em termos de intensidade e padronização também são fatores que devem ser considerados e podem interferir no efeito desejado. Programas mais longos estão associados a resultados cognitivos melhores (BAUDRY et al., 2017).

Entre as intervenções analisadas, aquelas que apresentaram menos de 10 intervenções e alcançaram bons resultados estavam padronizadas para objetivos relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar. Para este desfecho, 6 sessões após a alta hospitalar foram suficientes um bom resultado. Ao mesmo tempo, quando foi avaliado um efeito mais prolongado da intervenção, duração do aleitamento materno e prevalência aos 2 anos, não foram descritas diferenças entre os grupos, sugerindo que para alcançar os resultados esperados seria necessária uma intervenção mais intensiva (DA SILVA et al., 2016; MEGLIO; MCDERMOTT; KLEIN, 2010).

Uma metanálise realizada em 2003 avaliou programas de intervenção precoce para melhora da sensibilidade dos pais e interação entre estes e seus filhos e demonstrou que intervenções eficazes utilizaram um número moderado de sessões e um enfoque bem definido (BAKERMANS-KRANENBURG; VAN IJZENDOORN; JUFFER, 2003).

Em programas com duração entre 10-20 sessões foi possível observar bons resultados relacionados a interação do recém-nascido, como demonstrado por Koniak(2003) a partir da realização de 17 visitas estruturadas, iniciadas com 26 semanas de gestação (KONIAK-GRIFFIN et al., 2003).

Outro ponto importante relacionado às intervenções para mães adolescentes, diz respeito ao início da intervenção. A literatura recomenda que as intervenções comecem o mais cedo possível, antes que fatores de risco se estabeleçam. (BLACK; TETI, 1997)

Os achados dessa revisão seguiram esta recomendação. A maior parte dos programas iniciou na gravidez, mais especificamente no primeiro trimestre, principalmente aqueles que tinham objetivos mais complexos, como melhorar a autoeficácia dos pais e o desenvolvimento cognitivo. Essa situação reforça a importância do pré-natal precoce, realidade às vezes distantes das jovens mães brasileiras. (DEROSE et al., 2017)

Um estudo que descreveu as tendências das taxas de fertilidade, proporção de consultas de pré-natal e cesarianas entre adolescentes brasileiras, e demonstrou que 84,4% das adolescentes receberam cuidado inadequado no pré-natal, neste incluído o início tardio e número inadequado de consultas (BICALHO et al., 2021).

Entre as publicações avaliadas, a maior parte das intervenções tratou de estratégias voltadas para as mães adolescentes com reflexos na saúde da criança, fato relacionado à importância que os pais exercem no desenvolvimento infantil, principalmente nos primeiros anos de vida e ao que sugere a literatura: intervenções que colocam ênfase no comportamento dos pais são duas a três vezes mais eficazes quando se deseja alcançar um melhor desenvolvimento cognitivo (BAUDRY et al., 2017).

Faltam evidências de programas eficazes para redução do abuso infantil. A intervenção analisada tinha como objetivo cuidar desse desfecho não descreveu resultados significativos, sinalizando que ainda é necessário discutir estratégias relacionadas a esse tema, e que estas muito provavelmente extrapolam ações apenas de (HOWARD; BROOKS-GUNN, 2009; MANN, 2016; MCKELVEY et al., 2012).

De uma maneira geral, programas para jovens mães são vistos como benéficos pois tendem a superar custos, gerando um aumento da receita fiscal pela entrada das mães no

mercado de trabalho, reduzindo gastos em saúde e o envolvimento com a justiça criminal.(HOWARD; BROOKS-GUNN, 2009).

Além dessa análise, convém destacar que estes tentam a atender um interesse que vem aumentando nos últimos anos, de reduzir desigualdades em saúde. No entanto, por mais excelentes que sejam, são direcionados e seletivos, e a demanda por serviços universais é o grande desafio (COWLEY, 2011).

Um relato de experiência realizado no Brasil nos moldes do FNS traz para o debate alguns dessas questões. A intervenção se refere ao “programa de visita domiciliar jovens mães cuidadoras”, instituído pela Escola de Enfermagem e do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo. Este apresentou como objetivo a utilização de uma tecnologia sistematizada, destinada à construção de cuidados parentais através do desenvolvimento de relações sensíveis entre mãe/bebê e autoeficácia dos pais (FRACOLLI et al., 2018).

As visitas domiciliares foram realizadas por três enfermeiras treinadas e no protocolo de intervenção foram planejadas 58 a 63 visitas quinzenais, iniciadas a partir da oitava semana de gestação, sendo que destas, 10-15 visitas deveriam ser realizadas antes do nascimento da criança (FRACOLLI et al., 2018).

Um grupo de 34 adolescentes de 14-19 anos fez parte da intervenção. No início do programa não foram relatadas dificuldades em termos de realização de visitas, o mesmo não ocorrendo ao longo do segundo ano. Ao final de um ano a média de visitas realizada foi de 11 na gestação. Mães que retornaram ao trabalho, incompatibilidade de horários, dificuldades de transporte e falta de segurança foram descritas como principais dificuldades para realização das visitas dentro do quantitativo planejado (FRACOLLI et al., 2018).

Chama atenção no programa acima que, apesar de ser realizado na atenção primária, contava com uma equipe “extra” para sua aplicação, assim como a maioria da experiências internacionais relatadas anteriormente.

Tal situação se coloca como um desafio a mais, em termos de Brasil, quando pensamos no planejamento de tais ações considerando apenas a equipe mínima que compõe a Estratégia de Saúde da Família (Médico, enfermeiro, ACS e técnico de Enfermagem) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)., 2012)

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde a Criança sinaliza para um “exercito” de agentes comunitários de saúde como uma potencialidade para execução de ações mais intensivas, voltadas para o desenvolvimento integral da criança em condições de vulnerabilidade (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2018)

No entanto, sem uma diretriz nacional estabelecida fica o questionamento de quais seriam as doses ótimas de visitas para usuários com risco moderado e alto.

Além disso, essa revisão apontou a importância da participação dos enfermeiros para melhores resultados na saúde da criança, sendo assim o ideal seria que estas visitas fossem realizadas pelos dois profissionais, mesmo que em momentos diferentes.

Outro ponto a ser destacado é que a estruturação das intervenções, para que bons resultados sejam alcançados, não é simples ou focada em um único componente.

Exige a necessidade de uma rede de apoio integrada entre saúde, educação, assistência social para que mãe e criança possam ter garantia do cuidado integral dentro de suas necessidades. A manutenção da vida escolar, mesmo após ter se tornado mãe, é um fator que pode interferir na prevenção de uma gravidez subsequente e nos cuidados oferecidos ao recém-nascido, além de possibilitar maiores chances de entrada no mercado de trabalho (KALMUSS; NAMEROW, 1994; KEY; BARBOSA; OWENS, 2001).

Por último, vale ressaltar que apesar do uso da internet e das redes sociais ser uma realidade atualmente, principalmente entre os jovens, nenhuma intervenção analisada relatou o uso dessa ferramenta. De acordo com o site datareportal, só em janeiro de 2021 foram mais de meio milhão de usuários.(“DIGITAL 2021: GLOBAL OVERVIEW REPORT”, [s.d.]

6. CONCLUSÃO

Esta revisão encontrou uma variedade de intervenções, com diferentes objetivos e estratégias. Os estudos evidenciaram que intervenções para mães adolescentes e seus filhos são eficazes para reduzir hospitalizações, melhorar a interação mãe-bebê, aumentar o intervalo entre a segunda gravidez e promover um melhor desenvolvimento dos filhos.

As intervenções apontaram que a diferença nos resultados está ligada à intensidade e aos objetivos. Mesmo intervenções curtas para esta faixa etária são capazes de produzir efeitos positivos, o que demonstra a importância de pensar as especificidades.

O início precoce é primordial e se são esperados objetivos a longo prazo e mais complexos é preciso desenvolver programas mais longos.

Ter objetivos bem definidos é fundamental para elaborar os parâmetros e estratégias. O grande desafio é inserir essa questão dentro da diversidade do cuidado em saúde ofertado no País, dentro do SUS e da Estratégia de Saúde da Família, sinalizando a importância e necessidade de uma direção nacional.

Países desenvolvidos como Estados Unidos e Inglaterra realizam grandes investimentos pois consideram todos os impactos gerados para a sociedade de uma maneira geral. Países em desenvolvimento investem menos e acabam mantendo ciclos intergeracionais de pobreza.

Para a atenção primária, como coordenadora do cuidado, e buscando garantir seus atributos essenciais, está colocado o desafio de equalizar o possível e o necessário para alcançar bons resultados em saúde para mães adolescentes e seus filhos.

De acordo com a PNAISC *“só o cuidado essencial estabelece com clareza a relação entre o desenvolvimento sustentável de um País e o desenvolvimento de cada um dos seus cidadãos. Esta concepção de crescimento e desenvolvimento pessoal implica vinculação estreita de cada cidadão com seu ambiente familiar e social e traz o desafio para as políticas*

públicas que almejam a integralidade da atenção, iniciando na infância.”(BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2018)

A política prevê a necessidade de programas intersetoriais desenvolvidos no Brasil com objetivo de promover o desenvolvimento na primeira infância baseados em outras experiências mundiais, entre elas o FNS. Nesse sentido a Intensidade da intervenção é colocada em jogo. Entre os programas existentes atualmente temos o “Programa Criança Feliz” que prevê visitas semanais do ACS voltados para beneficiários do bolsa família e não especificamente para mães adolescentes (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2018).

No entanto, por todas as razões expostas ao longo desta revisão fica evidente a necessidade de pensar no cuidado em saúde para gestantes e mães adolescentes além do pacote previsto para este segmento em outras faixas etárias, construindo ações que vão além de apenas evitar a gravidez, mas dando elementos para cuidar dessas jovens e dos seus filhos para que possamos alcançar resultados futuros diferentes do que temos hoje.

Gestores que propõe políticas públicas precisam estar envolvidos nesses debates e adequar a programação desse cuidado no SUS, para que seja garantido ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento como prevê a PNAISC (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2018).

Apesar de consolidação de programas baseados em visitas domiciliares é preciso aprofundar o uso de tecnologias, considerando o mundo atual e o quanto que esse meio consegue chegar até os adolescentes de forma rápida e disseminada.

Programas intersetoriais tem mais possibilidades de vencer as diversidades de cada região, principalmente os que envolvem a escola. A garantia de que essas jovens vão permanecer estudando pode significar muito em termos de vida pessoal e sociedade, principalmente no rompimento de ciclos de pobreza.

Os programas apesar de apresentarem um caráter de certa forma “ modelador” do que seria uma maternidade ideal, não deixam de empoderar essas mulheres e permitem que elas percebam que existam escolhas que vão impactar na vida de cada uma delas e de seus filhos por longos anos.

REFERÊNCIAS

ARACENA, M. ET AL. Evaluación de la efectividad de programas de visitas domiciliarias para madres adolescentes y sus hijos/as. **Revista médica de Chile**, v. 139, n. 1, p. 60–65, jan. 2011.

ARACENA, M. et al. A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. **Journal of Health Psychology**, v. 14, n. 7, p. 878–887, 2009.

ARACENA, M. et al. Efectos de mediano plazo de un programa de intervención para madres adolescentes. **Atencion Primaria**, v. 45, n. 3, p. 157–164, mar. 2013.

ARIÉS, P. **História Social da Criança e da Família**. [s.l: s.n.].

BAKERMANS-KRANENBURG, M. J.; VAN IJZENDOORN, M. H.; JUFFER, F. Less is More: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. **Psychological Bulletin**, v. 129, n. 2, p. 195–215, 2003.

BARLOW, A. et al. **Effect of a Paraprofessional Home-Visiting Intervention on American Indian Teen Mothers' and Infants' Behavioral Risks: A Randomized Controlled Trial** HHS Public Access **Am J Psychiatry**. [s.l: s.n.].

BARNET, B. et al. Home visiting for adolescent mothers: Effects on parenting, maternal life course, and primary care linkage. **Annals of Family Medicine**, v. 5, n. 3, p. 224–232, maio 2007.

BARNET, B. et al. Motivational intervention to reduce rapid subsequent births to adolescent mothers: A community-based randomized trial. **Annals of Family Medicine**, v. 7, n. 5, p. 436–445, 2009.

BAUDRY, C. et al. **Intervention with Adolescent Mother–Child Dyads and Cognitive Development in Early Childhood: a Meta-Analysis** **Prevention Science** Springer New York LLC, , 1 jan. 2017.

BICA, O. C.; GIUGLIANI, E. R. J. Influence of Counseling Sessions on the Prevalence of

Breastfeeding in the First Year of Life: A Randomized Clinical Trial with Adolescent Mothers and Grandmothers. **Birth**, v. 41, n. 1, p. 39–45, 2014.

BICALHO, M. L. C. et al. Trends in fertility rates, proportion of antenatal consultations and caesarean sections among Brazilian adolescents. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. suppl 4, p. 1–8, 2021.

BLACK, M. M. et al. Delaying second births among adolescent mothers: A randomized, controlled trial of a home-based mentoring program. **Pediatrics**, v. 118, n. 4, out. 2006.

BLACK, M. M.; TETI, L. O. **Promoting Mealtime Communication Between Adolescent Mothers and Their Infants Through Videotape**. [s.l: s.n.].

BORBA, L. Desenvolvimento motor e cognitivo e bebês de mães adolescentes e adultas ao longo de quatro meses: os principais preditores motores e cognitivos. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, v. 66, n. 1997, p. 37–39, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da criança - orientações para implementação**. [s.l: s.n.].

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA**. [s.l: s.n.].

BRASIL. MS. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. [s.l: s.n.].

CAVALLARO, F. L. et al. Evaluating the real-world implementation of the Family Nurse Partnership in England: Protocol for a data linkage study. **BMJ Open**, v. 10, n. 5, 18 maio 2020.

COIN-CARVALHO, J. E.; ESPOSITO, F. C. F. Desafios nas ações de atenção primária: estudo sobre a instalação de programa de visitas domiciliares para mães adolescentes TT - Challenges in primary care actions: a study on the installation of a program of home visiting for teenage mothers TT - Desa. **Aletheia**, n. 37, p. 149–161, 2012.

CORTEZ, D. N. et al. Aspectos que influenciam a gravidez na adolescência TT - Aspectos

que influyen en el embarazo adolescente TT - Aspects that influence the teenage pregnancy.

Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min, v. 3, n. 2, p. 645–653, 2013.

COWLEY, S. Home visitors and child health in england: Advances and challenges. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 45, n. 1 SPECIALISSUE.2, p. 1810–1816, 2011.

CULP, A. M. et al. **Parent education home visitation program: Adolescent and nonadolescent mother comparison after six months of intervention** **Infant Mental Health Journal** John Wiley and Sons Inc., , 1998.

DA SILVA, C. F. et al. Effect of a pro-breastfeeding intervention on the maintenance of breastfeeding for 2 years or more: Randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 1, 2016.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescencia um novo ollar. **Psicologia ciência e profissão**, v. 10, n. 3, p. 84–91, 2003.

DALTOSO, DANIELA; ALMEIDA, ANA MARIA DE; PANOBIANCO, M. S. A visão de puérperas adolescentes acerca da atenção pré-natal. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 13, 2005.

DE LUCA CANTO, G. **Revisões sistemáticas da literatura: guia prático**. Curitiba: [s.n.].

DE OLIVEIRA, L. D. et al. Impact of a strategy to prevent the introduction of non-breast milk and complementary foods during the first 6months of life: A randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. **Early Human Development**, v. 88, n. 6, p. 357–361, jun. 2012.

DEROSE, L. F. et al. Maternal union instability and childhood mortality risk in the Global South, 2010-14. **Popul Stud (Camb)**, v. 71, n. 2, p. 211–228, 2017.

DIAS DE OLIVEIRA, L. et al. Counselling sessions increased duration of exclusive breastfeeding: A randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. **Nutrition Journal**, v. 13, n. 1, 17 jul. 2014.

DIGITAL 2021: GLOBAL OVERVIEW REPORT. Disponível em: <<https://datareportal.com/reports/digital-2021-global-overview-report>>. Acesso em: 9 jul. 2021.

FERNANDES, P.; NETO, P.; DE JANEIRO, R. **ASPECTOS DA QUALIDADE DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PARTO NA ADOLESCÊNCIA NO SUS: ANÁLISE DOS DADOS DA OUVIDORIA ATIVA DA REDE CEGONHA.** [s.l.: s.n.].

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Adolescência: ações e percepção dos Médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 12, n. 25, p. 387–400, 2008.

FIGUEIREDO, B. Maternidade na adolescência: Consequências e trajetórias desenvolvimentais. **Análise Psicológica**, v. 18, n. 4, p. 485–498, 2012.

FILHA, V. L. M. **Representações Sociais Da Gravidez Na Adolescência Para Profissionais De Unidades De Saúde Da Família**, 2013. (Nota técnica).

FRACOLLI, L. A. et al. A implementação de um programa de visitas domiciliárias com foco na parentalidade: um relato de experiência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. 0, p. 1–8, 2018.

FUREY, A. Are support and parenting programmes of value for teenage parents? Who should provide them and what are the main goals? **Public Health**, v. 118, n. 4, p. 262–267, 2004.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2012.

GIUGLIANI, E. R. J. et al. Involvement of maternal grandmother and teenage mother in intervention to reduce pacifier use: a randomized clinical trial. **Jornal de Pediatria**, v. 95, n. 2, p. 166–172, 1 mar. 2019.

GROSSMAN, E. A trajetória do conceito de adolescência no Ocidente. **Adolescência e saúde**, v. 7, n. 177, p. 59–98, 2010.

HIGGINS, J. P. T. et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. **BMJ**, v. 343, n. oct18 2, p. d5928–d5928, 18 out. 2011.

HOWARD, K. S.; BROOKS-GUNN, J. The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. **Future of Children**, v. 19, n. 2, p. 119–146, 2009.

ISHITSUKA, K. et al. Risky Health Behaviors of Teenage Mothers and Infant Outcomes in the Japan Environment and Children's Study: A Nationwide Cohort Study. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, 2019a.

ISHITSUKA, K. et al. Risky Health Behaviors of Teenage Mothers and Infant Outcomes in the Japan Environment and Children's Study: A Nationwide Cohort Study. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v. 32, n. 2, p. 146–152, 1 abr. 2019b.

KALMUSS, D. S.; NAMEROW, P. B. Subsequent Childbearing Among Teenage Mothers: The Determinants of a Closely Spaced Second Birth. **Family Planning Perspectives**, v. 26, n. 4, p. 149, jul. 1994.

KEY, J. D.; BARBOSA, G. A.; OWENS, V. J. The Second Chance Club: Repeat adolescent pregnancy prevention with a school-based intervention. **Journal of Adolescent Health**, v. 28, n. 3, p. 167–169, 2001.

KONIAK-GRIFFIN, D. et al. An early intervention program for adolescent mothers: a nursing demonstration project. **Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG**, v. 28, n. 1, p. 51–59, 1999.

KONIAK-GRIFFIN, D. et al. Public health nursing care for adolescent mothers: Impact on infant health and selected maternal outcomes at 1 year postbirth. **Journal of Adolescent Health**, v. 30, n. 1, p. 44–54, 2002.

KONIAK-GRIFFIN, D. et al. Nurse visitation for adolescent mothers: two-year infant health and maternal outcomes. **Nursing research**, v. 52, n. 2, p. 127–136, 2003.

KUMAR, M. M. et al. Reach Out and Read is Feasible and Effective for Adolescent Mothers:

- A Pilot Study. **Maternal and Child Health Journal**, v. 20, n. 3, p. 630–638, 1 mar. 2016.
- LETOURNEAU, N. Improving adolescent parent-infant interactions: A pilot study. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 16, n. 1, p. 53–62, 2001.
- LO, C. K.-L.; MERTZ, D.; LOEB, M. Newcastle-Ottawa Scale: comparing reviewers' to authors' assessments. **BMC Medical Research Methodology**, v. 14, n. 1, p. 45, 1 dez. 2014.
- LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. Quando uma proposição não se converte em política?: O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1179–1186, abr. 2013.
- M., A. et al. Effectiveness of a home visit program for adolescent mothers and their children. **Revista Medica de Chile**, v. 139, n. 1, p. 60–65, 2011.
- MACDONALD, G. et al. Home-based support for disadvantaged teenage mothers. In: **Cochrane Database of Systematic Reviews**. [s.l.] John Wiley & Sons, Ltd, 2007.
- MANN, M. THE ROLE OF AN IMMIGRANT MOTHER IN HER ADOLESCENT'S IDENTITY FORMATION: "WHO AM I?". **Am J Psychoanal**, v. 76, n. 2, p. 122–139, 2016.
- MCKELVEY, L. M. et al. Effects of home visiting on adolescent mothers' parenting attitudes. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 10, p. 1860–1862, out. 2012.
- MEGLIO, G. DI; MCDERMOTT, M. P.; KLEIN, J. D. A Randomized Controlled Trial of Telephone Peer Support's Influence on Breastfeeding Duration in Adolescent Mothers. **Breastfeeding Medicine**, v. 5, n. 1, p. 41–47, fev. 2010.
- MOORE, T. G. et al. Sustained home visiting for vulnerable families and children: A literature review of effective processes and strategies. n. January, p. 166, 2012.
- NOGUEIRA, MARIA JOSÉ;MODERNA, MARIA CELINA;SCHALL, V. T. **Políticas Públicas voltadas para adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Belo Horizonte/MG: uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde**. Belo

Horizonte: [s.n.].

NUNES, CJRR PICANÇO, ARA, JUNIOR, D. desempenho motor de lactentes. **Adolescencia e Saúde**, v. 11, 2014.

OLIVEIRA, E.; GAMA, S.; SILVA, C. gravidez na adolescência e outros fatores de risco. **Cadernos de Saude Publica**, 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD et al. **Acelerar el progreso hacia la reducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe**. [s.l: s.n.].

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. **The BMJ**, v. 372, 2021.

PAINE, A. L. et al. Assessing the impact of a family nurse-led intervention on young mothers' references to internal states. **Infant Mental Health Journal**, v. 41, n. 4, p. 463–476, 1 jul. 2020.

PATIAS, N. D. et al. Considerações sobre a gestação e a maternidade na adolescência TT - Considerations on adolescent pregnancy and motherhood. **Mudanças**, v. 19, n. 1/2, p. 31–38, 2011.

PATTON, G. C. et al. From Advocacy to Action in Global Adolescent Health. **Journal of Adolescent Health**, v. 59, n. 4, p. 375–377, out. 2016.

PEACOCK S et al. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic. **BMC Public Health**, v. 13, p. 17, 2013.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. The family health strategy: Expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1913, 2018.

REXHEPI, M. et al. Hospital-Based Study of Maternal, Perinatal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy Compared to Adult Women Pregnancy the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0). 2019.

ROBLING, M. et al. Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): A pragmatic randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 387, n. 10014, p. 146–155, 9 jan. 2016.

SANTOS, K. D. **Um estudo psicanalítico sobre a maternidade na adolescência: histórias de abandono, violência e esperança na trajetória de três jovens mães TT - A psychoanalytic study on teenage motherhood: stories of abandonment, violence and hope in the path of three**, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-20072011-150734/publico/Delfini_me.pdf>

SETIAWATI, N.; SETYOWATI; BUDIATI, T. SETIA Health Education Set Enhances Knowledge, Attitude, and Parenting Self-Efficacy Score in Postpartum Adolescent Mothers. **Comprehensive Child and Adolescent Nursing**, v. 40, p. 114–127, 30 nov. 2017.

SILVA, R. F.; ENGSTROM, E. M. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. suppl 1, p. 1–18, 2020.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a reforma dos cuidados em atenção primária em saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, 2016.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20–45, 2006.

STIRTZINGER, R. et al. **Interrupting the Inter-Generational Cycle in High Risk Adolescent Pregnancy** *The Journal of Primary Prevention*. [s.l.: s.n.].

UNFPA. Reproductive health and rights in an age of inequality. p. 140, 2017.

UNICEF. **TRAJETÓRIAS PLURAIS PRÁTICAS QUE CONTRIBUEM PARA A REDUÇÃO DA GRAVIDEZ NÃO INTENCIONAL NA ADOLESCÊNCIA**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/relatorios/trajetorias-plurais>>.

VIEIRA, M. L. F. et al. **Artigo Original Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida Growth and development of children of adolescent mothers during the first year of life** *Rev Paul Pediatr*. [s.l: s.n.].

ZANGIACOMI MARTINEZ, E.; DA ROZA, D. L. Ecological analysis of adolescent birth rates in Brazil: Association with Human Development Index. **Women and Birth**, 30 abr. 2019.

ZUCKERMAN, B.; WINSMORE, G.; ALPERT, J. J. A study of attitudes and support systems of innercity adolescent mothers. **The Journal of Pediatrics**, v. 95, n. 1, p. 122–125, jul. 1979.

ANEXOS

Systematic review

1. * Review title.

Give the title of the review in English

Interventions in the health of adolescent mothers and their children in primary care: a systematic review

2. Original language title.

For reviews in languages other than English, give the title in the original language. This will be displayed with the English language title.

Intervenções na saúde de mães adolescentes e seus filhos na atenção primária: uma revisão sistemática

3. * Anticipated or actual start date.

Give the date the systematic review started or is expected to start.

01/04/2020

4. * Anticipated completion date.

Give the date by which the review is expected to be completed.

01/06/2021

5. * Stage of review at time of this submission.

Tick the boxes to show which review tasks have been started and which have been completed. Update this field each time any amendments are made to a published record.

Reviews that have started data extraction (at the time of initial submission) are not eligible for inclusion in PROSPERO. If there is later evidence that incorrect status and/or completion date has been supplied, the published PROSPERO record will be marked as retracted.

This field uses answers to initial screening questions. It cannot be edited until after registration.

The review has not yet started: No

