



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

uff

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Adolescentes embarazadas precoces y tardías y resultados neonatales: estudio de cohorte

Cláudia Carolina Costa¹, Ana Paula Pinho Carvalheira², Caroline de Barros Gomes², Marli Teresinha Cassamassimo Duarte², Maria Helena Borgato², Cristina Maria Garcia de Lima Parada²

¹Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Botucatu

²Facultad de Medicina de Botucatu de la Universidad Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"

RESUMEN

Objetivo: Identificar el perfil de las adolescentes embarazadas precoces (hasta 16 años) y tardías (17-19 años), comparando los resultados neonatales. **Método:** Se trata de cohorte único, en que fueron identificados potenciales los factores de confusión de naturaleza biológica y socio demográfica ($p < 0,05$), con análisis posterior de resultados neonatales adversos en los dos grupos estudiados, desde el test qui-cuadrado. **Resultados:** Se identificaron diferencias relativas al trabajo, primer embarazo, ingreso, parto en el SUS y convivencia con compañero. Bajos índices de Apgar y trastornos respiratorios fueron más frecuentes en adolescentes precoces. La necesidad de reanimación e internación en la unidad de terapia intensiva no fue diferente entre los grupos. **Discusión:** Las adolescentes estudiadas mostraron estar en riesgo social. Se encontró una relación entre índices de Apgar y trastornos respiratorios en los conceptos de adolescentes precoces. **Conclusión:** Se sugieren inversiones para la prevención del embarazo en esta edad, asistencia prenatal y al parto calificado, especialmente para adolescentes precoces.

Descriptor: Embarazo en Adolescencia; Recién nacido; Puntaje de Apgar.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia puede ser considerada problema de salud pública en Brasil. Puede ser evento no planificado y no deseado para la propia adolescente, su compañero y familiares⁽¹⁾.

En el mundo, se estima que 11% del total de los partos de nacidos vivos son de madres adolescentes, de los cuales 95% ocurren en países en desarrollo⁽²⁾.

Datos del Sistema Único de Salud (SUS) apuntan que, en Brasil, 20% del total de partos ocurrieron en esta población en el año de 2010, siendo en su mayoría madres entre 15 y 19 años de edad⁽³⁾.

A causa de las adolescentes no tratar a los niños y todavía ni de adultas, el embarazo en esta edad es una desventaja en cuanto a los factores sociales, económicos, psicológicos y educacionales, caracterizándose como fenómeno complejo⁽⁴⁾. Además de esas pérdidas, pesquisas apuntan que el embarazo en el período de la adolescencia implica en una mayor proporción de resultados perinatales adversos⁽⁵⁾, en que se constituyen como las complicaciones más frecuentes: el crecimiento intrauterino restringido⁽⁶⁾, bajo peso al nacer (BPN)⁽⁷⁾, la precocidad^(7,8) y el índice de Apgar bajo en el quinto minuto de vida⁽⁷⁾.

Estudiosos afirman que la edad materna por sí sólo no interfiere y que las complicaciones perinatales de esas madres están fuertemente vinculadas a la dinámica de las relaciones afectivas, psicológicas, sociales y económicas⁽⁹⁾. Para ellos, los riesgos están relacionados a aspectos multifactoriales relacionados a sufrimientos emocionales, mala nutrición, no adhesión o adhesión tardía a la asistencia prenatal⁽¹⁰⁾, grado de escolaridad⁽⁹⁾, uso de drogas lícitas o ilícitas⁽⁹⁾ y estado civil⁽⁵⁾.

Las pesquisas aún dividen la adolescencia en precoz y tardía, sin embargo hay controver-

sias en cuanto al límite de edad en la clasificación de esos grupos⁽¹¹⁾. Algunos estudios clasifican la adolescencia precoz cuando ocurre entre 10 y 14 años⁽¹¹⁾, otros clasifican como precoces las adolescentes entre 10 y 15 años⁽¹²⁾ y otros, aún, entre 10 y 16 años⁽¹³⁾.

En cuanto a los resultados perinatales adversos, los dos grupos dependen de otros factores además de la edad, como socioeconómicos y de asistencia prenatal⁽¹¹⁾.

Considerándose la elevada prevalencia de gestación en la adolescencia observada en el país y la posibilidad de resultados perinatales y neonatales adversos descritos en la literatura, el presente estudio tuvo como objetivo identificar el perfil de las adolescentes embarazadas precoces y tardías y comparar los resultados neonatales adversos resultantes de esos embarazos, con la intención de contribuir con políticas de salud dirigidas a este grupo de población.

MÉTODO

Estudio de cohorte histórica y única, con selección no probabilística de muestra calculada considerándose el total de partos de embarazada adolescentes residentes en los municipios que componen el Colegiado "Polo Cuesta Botucatu" ocurridos en 2010, obtenidos por el DATA-SUS⁽¹⁴⁾. Las embarazadas seleccionadas fueron clasificadas por la exposición en gestación en la adolescencia precoz o gestación en la adolescencia tardía. Participaron de las pesquisas embarazadas con feto único, internadas para atención al parto en el periodo de 01 de enero a 30 de junio de 2012 en las dos maternidades existentes en Botucatu, interior del estado de São Paulo: una vinculada a la universidad pública y otra se caracteriza como hospital filantrópico. La primera atiende parturientas del Sistema Único de Salud (SUS), incluyendo la referencia

para un alto riesgo obstétrico y neonatal, para el Colegiado de Gestión Regional Polo Cuesta, que comprende 13 municipios de la microrregión de Botucatu. La maternidad filantrópica es responsable por el atendimento privado y de salud suplementar.

Fueron utilizados datos secundarios de amplio proyecto que evaluó la atención a la gestión, parto y puerperio en Botucatu, llamado "El binomio madre-hijo en Botucatu: estudio epidemiológico con énfasis en la mortalidad materno-infantil". En este, los datos fueron colectados a partir del formulario semiestructurado, con cuestiones abiertas y cerradas. Las informaciones fueron obtenidas a partir de archivos de madres y recién nacidos, ficha de prenatal, libro de sala de parto y de neonatología y por entrevista con las púerperas, aún durante la hospitalización para el parto.

Las variables del estudio fueron divididas en: exposición, potenciales factores de confusión y resultados.

Se consideró variable de exposición la fase de la adolescencia en la que existe la gestación (Precoz / Tardía). Se adoptó como límite para la adolescencia precoz a los 16 años de edad completos, en cuanto se consideró adolescencia tardía la edad entre los 17 y 19 años completos.

Fueron incluidas como potenciales y factores de confusión las variables: escolaridad adecuada a la edad en el parto (Sí/No)⁽¹⁵⁾, trabajo (Sí/No), convivencia con marido o el compañero (Sí/No), ingreso per cápita (R\$; valor mediano, mínimo y máximo), primer embarazo (Sí/No), consumo de bebida alcohólica durante la gestación (Sí/No), uso de drogas ilícitas durante la gestación (Sí/No), fumó durante la gestación (Sí/No), planificación de la gestación (Sí/No), seguimiento prenatal en el SUS (Sí/No), realización de siete o más consultas prenatales (Sí/No), participación en grupo educativo para las embarazadas (Sí/No), haber recibido informaciones

sobre señales de alerta al final de la gestación (Sí/No), prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso (Sí/No), aparición de problema emocional en la gestación (Sí/No), anemia (Sí/No), enfermedad hipertensiva - presión alta, pre-eclampsia, eclampsia o Síndrome Hellp (Sí/No), diabetes (Sí/No), hemorragia, sangramiento o amenaza de aborto (Sí/No) e infección - sífilis, infección del trato urinario, toxoplasmosis, hepatitis, HIV u otra (Sí/No), parto realizado en el SUS (Sí/No), presencia de acompañante en el parto (Sí/No), parto cesárea (Sí/No) y parto prematuro (Sí/No).

Los resultados analizados se relacionarán a las condiciones de nacimiento del recién nacido: necesidad de reanimación del recién nacido (Sí/No), el resultado de Apgar en el 1º y 5º minutos \leq siete puntos (Sí/No), diagnóstico de trastorno respiratorio (Sí/No) y necesidad de dirigirse a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) neonatal (Sí/No).

El análisis estadístico fue ejecutado en tres etapas. Las dos primeras permitieron identificar las variables de confusión y la tercera posibilitó relacionar la edad con los resultados, corrigiendo el efecto de esas variables.

En la primera etapa, los potenciales confusión fueron identificados a partir de la comparación entre las edades en que hubo un embarazo (hasta 16 años completos *versus* 17 a 19 años completos) por medio de los test no paramétricos: qui-cuadrado o Exacto de Fisher (variables categóricas) y por medio del test Mann-Whitney (variables numéricas). Las variables que alcanzaron $p \leq 0,05$ fueron incluidas en modelos de regresión y los resultados relacionados con (segunda la etapa), a fin de confirmarlas, o no, como confusión.

En la tercera etapa, a relación entre esa edad y los resultados fueron analizados por estimativa puntual y el intervalo con coeficiente de confianza de 95% del Odds-Ratio, obtenidas en modelos de regresión logística múltiple.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa de la Facultad de Medicina de Botucatu, según el Protocolo 4075-2011 y atendió a todos los preceptos de pesquisas que involucran seres humanos.

RESULTADOS

El número de adolescentes potencialmente elegible fue 341, siendo incluidas en el estudio 220 y excluidas tres, en razón de gestación gemelar. Del total de adolescentes efectivamente analizadas, 33% correspondieron a adolescentes precoces. La edad mínima fue de 13 años y la máxima, conforme criterio adoptado, 19 años.

La Tabla 1 muestra el perfil socio demográfico, historia obstétrica y de la gestación actual

y datos del parto de embarazadas adolescentes precoces y tardías, bien como la comparación entre los dos grupos.

Se identificaron, en los dos grupos, diferencias estadísticamente significantes ($p < 0,05$) cuando se consideró "trabajo de la mujer", "primer embarazo", "ingreso per cápita" y "realización del parto en el SUS". La variable "convivir con compañero" estuvo en el límite de la significancia estadística. Las adolescentes precoces, en su mayoría, trabajaban, no tenían compañero, eran primigestas, tenían menor ingreso y realizaron el parto en el SUS.

Se presenta en la Tabla 2 la relación de los potenciales factores de confusión y los resultados estudiados.

No hubo asociación entre los potenciales factores de confusión y los resultados estudia-

Tabla 1 - Variables sociodemográficas, historia obstétrica, historia del embarazo actual y datos del parto de adolescentes precoz (n=73) y tardías (n=147). Botucatu, 2012

Variable	Precoces	Tardías	P
Escolaridad adecuada a la edad en el parto	34.2	27.2	0,281(1)
Trabajo	53.4	28.6	<0,001(1)
Convive con compañero	60.3	73.3	0,05(1)
Primer embarazo	91.8	71.4	0,001(1)
Ingreso per cápita (R\$)	300 (83 -1000)	447 (50 - 2500)	0,002(2)
Bebió durante el embarazo	4.1	3.4	0,792(3)
Usó drogas durante el embarazo	0.0	0.7	0,48(3)
Fumó durante el embarazo	11.0	12.2	0,781(1)
Embarazo planificado	24.7	37.4	0,058(1)
Hizo prenatal en el SUS	95.8	88.4	0,074(3)
7 o más consultas de prenatal	76.1	79.6	0,58(1)
Participó de algún grupo para embarazada	25.7	22.9	0,847(1)
Recebió informaciones sobre señales de alerta	62.0	63.9	0,777(1)
Recibió ácido fólico y sulfato ferroso	87.7	80.2	0,189(1)
Tuvo algún problema emocional en el embarazo	13.7	16.4	0,598(1)
Tuvo anemia	10.7	15.7	0,523(3)
Tuvo alguna enfermedad hipertensiva en el embarazo	3.6	14.3	0,129(3)
Tuvo diabetes	0.0	0.0	1,000(3)
Tuvo hemorragia, sangramiento o amenaza de aborto	10.7	5.7	0,385(1)
Tuvo alguna infección	67.9	58.6	0,394(1)
Parto realizado en el SUS	97.3	87.0	0,015(3)
Tuvo presencia de acompañante en el parto	32.4	28.3	0,533(1)
Parto cesárea	31,9	43,5	0,099(1)
Parto prematuro	15,1	17,7	0,584(1)

Fuente: Elaboración de las autoras, 2013

(1) Qui-quadrado, (2) Mann-Whitney, (3) Exato de Fisher(16)

Tabla 2 - Relación de los potenciales confundidores con los resultados estudiados. Botucatu, 2012

Variable	β	p	OR	IC95%
Necesidad de Reanimación				
Trabajo	-0,12	0,8	0,88	0,34 - 2,31
Convive con compañero	0,29	0,578	1,34	0,48 - 3,7
Ingreso per cápita (R\$)	0	0,517	1	01/jan
Primer embarazo	0,98	0,135	2,66	0,74 - 9,6
Parto en el SUS	0,33	0,665	1,39	0,3 - 6,36
Apgar en el 1º minuto \leq 7 puntos				
Trabajo	0,27	0,532	1,31	0,56 - 3,07
Convive con compañero	0,49	0,312	1,64	0,63 - 4,26
Ingreso per cápita (R\$)	0	0,709	1	01/jan
Primer embarazo	0,77	0,193	2,15	0,68 - 6,82
Parto en el SUS	0,28	0,738	1,32	0,26 - 6,71
Apgar en el 5º minuto \leq 7 puntos				
Trabajo	-1,35	0,231	0,26	0,03 - 2,36
Convive con compañero	0,17	0,85	1,19	0,2 - 7
Ingreso per cápita (R\$)	0	0,533	1	01/jan
Primer embarazo	18,4	0,998	OR alto	0
Parto en el SUS			-	0
Trastorno Respiratorio				
Trabajo	0,39	0,483	1,47	0,5 - 4,36
Convive con compañero	0,48	0,431	1,62	0,49 - 5,36
Ingreso per cápita (R\$)	0	0,926	1	01/jan
Primer embarazo	-0,06	0,94	0,94	0,2 - 4,36
Parto en el SUS	1,58	0,159	4,85	0,53 - 43,76
Traslado a la UTI				
Trabajo	0,1	0,892	1,1	0,3 - 4,2
Convive con compañero	0,2	0,78	1,2	0,3 - 5,4
Ingreso per cápita (R\$)	0	0,958	1	01/jan
Primer embarazo	0,3	0,709	1,4	0,3 - 7
Parto en el SUS	18,5	0,998	-	0

Fuente: Elaboración de las autoras, 2013

dos. De este modo, en la investigación entre la variable de exposición (edad de la adolescente) y los resultados no fueron necesarios análisis ajustados para los factores de confusión.

Se presentan en la Tabla 3 las prevalencias de los resultados estudiados, según la edad de las adolescentes.

No hubo diferencia estadísticamente significativa cuando se consideró el porcentaje de recién nacidos que necesitaron de reanimación en los grupos de adolescentes precoz y tardío.

Se observó una relación entre bajos índices de Apgar en el primer minuto y los periodos de la adolescencia ($p < 0,05$). La adolescencia tardía se mostró un factor protector para bajos

índices de Apgar, siendo que las adolescentes tardías tuvieron tres veces más chance de tener mayores puntajes que siete en comparación a las adolescentes precoces.

Lo mismo ocurrió con el índice de Apgar en el quinto minuto de vida. La adolescencia tardía también se mostro un factor protector, con chance mayor en siete veces de presentando un puntaje mayor que siete, en relación a la adolescencia precoz.

El diagnóstico de trastornos respiratorios también fue significativo ($p < 0,05$) al compararse el grupo precoz al tardío. Jóvenes entre 17 y 19 años presentaron dos veces más chance de dar a luz al recién nacidos sin trastornos del sistema

Tabla 3 - Resultados estudiados según la edad en el momento del parto. Botucatu, 2012

Resultado	Edad		p	OR	IC95%	1/OR
	13 a 16	17 a 19				
	N (%)	N (%)				
Reanimación						
No	60 (82)	130 (90)	0,093	0,5	0,22 - 1,12	2
Sí	13 (18)	14 (10)				
Apgar 1° min ≤ 7						
No	52 (72,2)	122 (89,1)	0,003	0,32	0,15 - 0,67	3,12
Sí	20 (27,8)	15 (10,9)				
Apgar 5° min ≤ 7						
No	65 (90,3)	137 (98,6)	0,014	0,14	0,03 - 0,67	7,14
Sí	7 (9,7)	2 (1,4)				
Trastorno Respiratorio						
No	56 (76,7)	129 (57,1)	0,038	0,46	0,22 - 0,95	2,17
Sí	17 (23,3)	18 (12,2)				
Necesidad de UTI						
No	64 (90)	139 (95)	0,134	0,4	0,10 - 1,13	2,5
Sí	7 (10)	6 (5)				

Fuente: Elaboración de las autoras, 2013

respiratorio en comparación con las adolescentes con edad hasta 16 años.

En relación a la necesidad de direccionar al recién nacido a la UTI después del parto, no hubo diferencia entre los grupos.

DISCUSIÓN

La presente investigación permitió identificar el perfil socio demográfico y obstétrico de parturientas adolescentes precoces y tardías atendidas en el municipio de medio del estado de São Paulo a partir de una muestra presumida de mujeres embarazadas y, así, la situación encontrada posiblemente es semejante a la de otros municipios de mismo tamaño.

En el grupo estudiado, más de la mitad de las adolescentes precoces trabajaban, de forma diferente significativamente de las tardías. Esos datos superan a la proporción de adolescentes embarazadas trabajadoras atendidas en la unidad de atención básica de salud de Minas Gerais, visto que ninguna de las precoces y solamente 12,5% de las embarazadas tardías trabajaban⁽¹³⁾.

Los datos encontrados en la presente pesquisa contradicen a la legislación laboral brasileña, que prohíbe el trabajo para menores de 16 años, permitiendo inferir que las adolescentes que relataron trabajar puedan estar subempleadas, esto es, sin registro formal de empleo y, consecuentemente, con baja remuneración⁽¹³⁾.

El hecho de vivir con el compañero también presentó diferencia entre los grupos: de las adolescentes precoces, 60,3% vivían con compañero y entre las tardías 73,3%, siendo esos números superiores al estudio minero ya citado⁽¹³⁾.

La convivencia con el compañero puede consistir en apoyo a esas jóvenes, interfiriendo positivamente en su estado físico, psíquico y social durante el embarazo⁽¹³⁾ y, consecuentemente, contribuyendo para mejores resultados.

Las adolescentes precoces experimentaron significativamente más que las tardías el primer embarazo, como el 91,8% de ellas eran primigestas, mientras que sólo 71,4% de las tardías no tenían otros hijos, resultado similar con la literatura, que evidenció un aumento progresivo de múltiparas conforme con el aumento de la edad⁽⁴⁾.

El ingreso mediano per cápita entre adolescentes precoces fue significativamente menor (R\$ 300,00) en comparación con la de las adolescentes tardías (R\$ 447,00). La variación fue de R\$ 83,00 a R\$ 1.000,00 entre las más jóvenes y de R\$ 50,00 a R\$ 2.500,00 entre las más viejas.

Según la Secretaria de Asuntos Estratégicos de la Presidencia de la República de Brasil, la ingreso per cápita entre R\$ 291,00 y R\$ 1.019,00 caracteriza la clase media, siendo que cuanto más bajo es el nivel de ingreso, más alto y la probabilidad de retorno a la pobreza⁽¹⁷⁾. Considerándose los valores citados, se puede afirmar que parte de las adolescentes estudiadas es clasificada como perteneciente a la clase media brasileña.

Desde esa clasificación se puede confirmar que, a pesar del hecho del embarazo en la adolescencia llegar a los sectores más desfavorecidos socialmente, ella está presente en diferentes clases sociales⁽¹⁸⁾.

Con base en los resultados del presente estudio, se puede afirmar, también, que parte de esas jóvenes no están en clases económicamente desfavorecidas, el riesgo aumentado para pasar a estar, principalmente cuando considerado que el ingreso familiar será dividida por más un individuo – el recién nacido – y también por el fato del embarazo ser evento de riesgo para el abandono de los estudios, repercutiendo en su vida profesional futura⁽¹⁹⁾.

Íntimamente conectado al ingreso, se observa que la proporción de partos realizados en el SUS fue de 97,3% entre las adolescentes precoces y 87,0% entre las tardías, habiendo diferencias entre los grupos.

Aunque no ha sido evidenciada una diferencia significativa entre los grupos de adolescentes, se constató grande inadecuación en cuanto al nivel educacional: 34,2% de las precoces tenían años de estudios adecuados para edad e 27,2% de las tardías estaban en esa

situación en el momento del parto. Este dato es compatible con otras pesquisas que mostraron la relación entre el aumento de la frecuencia de adolescentes embarazadas con el reducido número de años de estudio^(9, 19). La peor situación entre las adolescentes tardías puede ser explicada por una tasa mayor de multiparidad entre ellas, hecho que puede favorecer al atraso o el abandono de los estudios, en razón del embarazo anterior.

Entre las causas de abandono escolar de adolescentes son citadas el propio embarazo, falta de interés, no gustar de estudiar, pereza y la prohibición del compañero⁽¹⁹⁾.

El menor grado de escolaridad asociado a la gestación en la adolescencia trae consecuencias al ascenso económico en virtud de la menor calificación, lo que eleva una chance de esas jóvenes que trabajen en el mercado informal y a ser mal pagadas, aumentando, así, el riesgo de pobreza^(18, 20).

El reconocimiento del perfil de las adolescentes permitió controlar una amplia cantidad de factores de confusión para resultados perinatales adversos, involucrando los aspectos sociales, económicos, emocionales, uso de drogas y ocurrencia de patologías durante el embarazo.

Se observó que los grupos de las adolescentes sólo se diferencian en cuanto al ingreso, al hecho de trabajar, convivir con compañero, ser primigesta y haber realizado el parto en el SUS, variables que fueron consideradas como de confusión en potencial. Sin embargo, cuando se investigó la interferencia de esas variables en los resultados, se constató que ellas no se caracterizaron como tal.

Los recién nacidos e l adolescentes precoces, en su mayoría, tuvieron puntajes de Apgar ≤ 7 tanto en el primer cuanto en el quinto minuto y trastornos respiratorios al nacimiento. Sin embargo, no hubo diferencia entre los grupos estudiados cuando se evaluó

la necesidad de reanimación neonatal y de internación en UTI.

Contrariando los resultados de este estudio, reciente pesquisa desarrollada en São Luis/MA no encontró asociación entre el bajo puntaje de Apgar y edad materna, habiendo, sin embargo, asociación con la no realización del prenatal⁽¹¹⁾.

En el análisis de la literatura, se encuentre una relación íntima entre los índices de Apgar y trastornos respiratorios, una vez que tal puntaje indica el estado de depresión respiratoria del recién nacido en sus primeros minutos de vida⁽⁹⁾. Aunque los índices de Apgar bajo y trastornos respiratorios entre los recién nacidos de las adolescentes precoces han sido más frecuentes de lo que en adolescentes tardías, el hecho de no haber tenido diferencia en la necesidad de reanimación y dirección a la UTI neonatal, dice a favor de una evolución rápida y positiva de esos neonatos.

Hipótesis explicativa para esa situación puede estar relacionada a la inmadurez materna para el parto, resultando en depresión neonatal brevemente resolvida. Para comprobar, otros estudios deberán ser realizados para identificar la duración del trabajo de parto de esas jóvenes, bien como aspectos subjetivos relacionados a esa experiencia.

CONCLUSIÓN

Los resultados neonatales fueron diferentes en cuanto a los bajos índices de Apgar en el primer y quinto minuto y diagnóstico de trastornos respiratorios, con resultados peores para el grupo precoz.

Así, se destaca la relevancia de políticas públicas de atención integral que incluyan acciones de prevención del embarazo a esos grupos específicos, en especial para las adolescentes más jóvenes.

CITAS

1. Caminha NO, Freitas LV, Herculano MMS, Damasceno AKC. Pregnancy in adolescence: from planning to the desire to become pregnant – descriptive study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2010 [cited 2013 Jan 20] 9(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2872>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20102872>
2. MPS Notes. Adolescent Pregnancy. *MPS Notes*. 2008; 1(1):1-4.
3. Departamento de Informática do SUS [homepage in the internet]. DATASUS: informações de saúde 2010 [cited 2013 feb 22]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
4. Gallo JHS. Gravidez na adolescência: a idade materna, conseqüências e repercussões. *Rev bioét*. 2011; 19(1):179-95.
5. Sass A, Gravena AAF, Pelloso SM, Marcon SS. Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. *Rev gaúch enferm*. 2011; 32(2):352-8.
6. Congote-Arango LM, Vélez-García MA, Restrepo-Orrego L, Cubides-Munévar A, Cifuentes-Borrero R. Adolescência como factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales em Cali, Colombia, 2002-2007: estudio de corte transversal. *Rev colomb obstet ginecol*. 2012; 63(2): 119-26.
7. Maciel SSSV, Maciel WV, Oliveira AGL, Sobral LV, Sobral HV, Carvalho ES, et al. Epidemiologia da gravidez na adolescência no município de Caruaru, PE. *Rev AMRIGS*. 2012; 56(1):46-50.
8. Martins MG, Santos GHN, Sousa MS, Costa JEFB, Simões VMF. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *Rev bras gineco obstet*. 2011; 33(11):354-60.
9. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. *Rev bras gineco obstet*. 2008; 30(5):224-31.
10. Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. *Am j obstet gynecol*. 2010; 203(2): 122-6.

Costa CC, Carvalheira APP, Gomes CB, Duarte MTC, Borgato MH, Parada CMGL. Early and late pregnant adolescents and neonatal results: a cohort study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 December [cited year month day]; 12 (4): 773-81. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4269>. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134269>

11. Correia AS. Resultados perinatais na gravidez em adolescentes precoces no município de São Luís- MA. São Luís. Dissertação [Mestrado em Saúde Materno-Infantil]- Universidade Federal do Maranhão; 2012.
12. Secundo FF, Marques MMM, Silva ARA, Andrade JM, Guedes MIF. Toxemia gravídica na adolescência. Rev baiana saúde pública. 2009; 33(4): 595-604.
13. Gradim CVC, Ferreira MBL, Moraes MJ. O perfil das grávidas adolescentes em uma Unidade de Saúde da Família de Minas Gerais. Rev de APS. 2010; 13(1): 55-61.
14. Departamento de Informática do SUS [homepage in the internet]. DATASUS: informações de saúde 2008 [cited 2013 Feb 22]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
15. Ministério da Educação. Ensino fundamental de 9 anos: passo a passo do processo de implantação.2.ed. Brasília: Ministério da Educação; 2009.
16. Bussab WO, Morettin PA. Estatística Básica. 6. ed. São Paulo: Saraiva; 2010.
17. Secretária de Assuntos Estratégicos [homepage in the internet]. Perguntas e respostas sobre a definição da classe média [cited 2013 Feb 22]. Available from: Disponível em: <http://www.sae.gov.br/site/wp-content/uploads/Perguntas-e-Respostas-sobre-a-Defini%C3%A7%C3%A3o-da-Classe-M%C3%A9dia.pdf>.
18. Silva FN, Lima SS, Deluque AL, Ferrari R. Gravidez na adolescência: perfil das gestantes, fatores precursores e riscos associados. Rev Eletrônica Gestão & Saúde. 2012; 3(3): 1166-78.
19. Meincke SMK, Oliveira MRP, Trigueiro DRS, Carraro TE, Gondim ETC, Collet N. Perfil socioeconômico e demográfico de puérperas adolescentes. Cogitare enferm. 2011; 16(3):486-91.
20. Faria DGS, Zanetta DMT. Perfil de mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados na assistência pré-natal. Arq ciênc saúde. 2008; 15(1): 17-23.

Recibido: 28/02/2013

Revisado: 29/10/2013

Aprobado: 11/11/2013