



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



Gestantes adolescentes precoces e tardias e resultados neonatais: estudo de coorte

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

¹ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

² Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil das gestantes adolescentes precoces (até 16 anos) e tardias (17-19 anos), comparando os resultados neonatais. **Método:** Trata-se de coorte única, em que foram identificados potenciais confundidores de natureza biológica e sociodemográfica ($p < 0,05$), com posterior análise de resultados neonatais adversos nos dois grupos estudados, a partir do teste qui-quadrado. **Resultados:** Identificaram-se diferenças relativas ao trabalho, primigestação, renda, parto no SUS e convivência com companheiro. Baixos índices de Apgar e distúrbios respiratórios foram mais frequentes em adolescentes precoces. A necessidade de reanimação e internação em unidade de terapia intensiva não diferiu entre os grupos. **Discussão:** As adolescentes estudadas evidenciaram estar em risco social. Encontrou-se relação entre índices de Apgar e distúrbios respiratórios nos conceitos de adolescentes precoces. **Conclusão:** Sugerem-se investimentos para prevenção da gravidez nesta faixa etária, assistência pré-natal e ao parto qualificado, especialmente para adolescentes precoces.

Descritores: Gravidez na Adolescência; Recém-nascido; Índice de Apgar.

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência pode ser considerada problema de saúde pública no Brasil. Pode ser evento não planejado e indesejado para a própria adolescente, seu companheiro e familiares⁽¹⁾.

No mundo, estima-se que 11% do total dos partos de nascidos vivos são de mães adolescentes, dos quais 95% ocorrem em países em desenvolvimento⁽²⁾.

Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam que, no Brasil, 20% do total de partos ocorreram nesta população no ano de 2010, sendo em sua maioria mães entre 15 e 19 anos de idade⁽³⁾.

Em razão das adolescentes não se tratarem de crianças e nem ainda de adultas, a gravidez nesta faixa etária acarreta desvantagens quanto a fatores sociais, econômicos, psicológicos e educacionais, caracterizando-se como fenômeno complexo⁽⁴⁾. Além desses prejuízos, pesquisas apontam que a gravidez no período da adolescência implica em maior proporção de resultados perinatais adversos⁽⁵⁾, em que constituem-se como as intercorrências mais comuns: o crescimento intrauterino restrito⁽⁶⁾, baixo peso ao nascer (BPN)⁽⁷⁾, a prematuridade^(7,8) e o índice de Apgar baixo no quinto minuto de vida⁽⁷⁾.

Estudiosos afirmam que a idade materna por si só não interfere e que as complicações perinatais dessas mães estão fortemente ligadas à dinâmica das relações afetivas, psicológicas, sociais e econômicas⁽⁹⁾. Para eles, os riscos estão ligados a aspectos multifatoriais relacionados a sofrimentos emocionais, má nutrição, não adesão ou adesão tardia à assistência pré-natal⁽¹⁰⁾, grau de escolaridade⁽⁹⁾, uso de drogas lícitas ou ilícitas⁽⁹⁾ e estado civil⁽⁵⁾.

Pesquisas ainda dividem a adolescência em precoce e tardia, porém há controvérsias quanto ao limite de idade na classificação

desses grupos⁽¹¹⁾. Alguns estudos classificam a adolescência precoce quando ocorre entre 10 e 14 anos⁽¹¹⁾, outros classificam como precoces as adolescente entre 10 e 15 anos⁽¹²⁾ e outros, ainda, entre 10 e 16 anos⁽¹³⁾.

Quanto aos resultados perinatais adversos, os dois grupos dependem de outros fatores além da idade, como socioeconômicos e de assistência pré-natal⁽¹¹⁾.

Considerando-se a elevada prevalência de gestação na adolescência observada no país e a possibilidade de resultados perinatais e neonatais adversos descritos na literatura, o presente estudo teve como objetivo identificar o perfil das gestantes adolescentes precoces e tardias e comparar os resultados neonatais adversos decorrentes dessas gestações, com a intenção de contribuir com políticas de saúde voltadas a esse grupo populacional.

MÉTODO

Estudo de coorte histórica e única, com seleção não probabilística de amostra calculada considerando-se o total de partos de gestantes adolescentes residentes nos municípios que compõem o Colegiado "Pólo Cuesta Botucatu" ocorridos em 2010, obtidos pelo DATASUS⁽¹⁴⁾. As gestantes selecionadas foram classificadas pela exposição em gestação na adolescência precoce ou gestação na adolescência tardia. Participaram da pesquisa gestantes com feto único, internadas para atenção ao parto no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2012 nas duas maternidades existentes em Botucatu, interior do estado de São Paulo: uma vinculada a universidade pública e outra caracteriza-se como hospital filantrópico. A primeira atende parturientes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência inclusive para alto risco obstétrico e neonatal, para o Colegiado de Gestão Regional

Pólo Cuesta, que compreende 13 municípios da microrregião de Botucatu. A maternidade filantrópica é responsável pelo atendimento privado e de saúde suplementar.

Foram utilizados dados secundários de amplo projeto que avaliou a atenção à gestação, parto e puerpério em Botucatu, chamado "O binômio mãe-filho em Botucatu: estudo epidemiológico com ênfase na morbimortalidade materno-infantil". Neste, os dados foram coletados a partir de formulário semiestruturado, com questões abertas e fechadas. As informações foram obtidas a partir de prontuários de mães e recém-nascidos, cartão de pré-natal, livro de sala de parto e berçário e por entrevista com as puéperas, ainda durante a internação para o parto.

As variáveis do estudo foram divididas em: exposição, potenciais confundidores e desfecho.

Considerou-se variável de exposição a fase da adolescência em que houve a gestação (Precoce / Tardia). Adotou-se como limite para a adolescência precoce os 16 anos de idade completos, enquanto considerou-se adolescência tardia a faixa etária entre os 17 e 19 anos completos.

Foram incluídas como potenciais confundidores as variáveis: escolaridade adequada à idade no parto (Sim/Não)⁽¹⁵⁾, trabalho (Sim/Não), convivência com marido ou companheiro (Sim/Não), renda per capita (R\$; valor mediano, mínimo e máximo), primigestação (Sim/Não), ingestão de bebida alcoólica durante a gestação (Sim/Não), uso de drogas ilícitas durante a gestação (Sim/Não), tabagismo durante a gestação (Sim/Não), planejamento da gestação (Sim/Não), seguimento pré-natal no SUS (Sim/Não), realização de sete ou mais consultas pré-natais (Sim/Não), participação em grupo educativo para gestante (Sim/Não), ter recebido informações sobre sinais de alerta no final da gestação (Sim/Não), prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso (Sim/Não), ocorrência de problema emocional

na gestação (Sim/Não), anemia (Sim/Não), doença hipertensiva - pressão alta, pré-eclampsia, eclampsia ou Síndrome Hellp (Sim/Não), diabetes (Sim/Não), hemorragia, sangramento ou ameaça de aborto (Sim/Não) e infecção - sífilis, infecção do trato urinário, toxoplasmose, hepatite, HIV ou outra (Sim/Não), parto realizado no SUS (Sim/Não), presença de acompanhante no parto (Sim/Não), parto cesárea (Sim/Não) e parto pré-termo (Sim/Não).

Os desfechos analisados relacionaram-se às condições de nascimento do recém-nascido: necessidade de reanimação do recém-nascido (Sim/Não), escores de Apgar no 1º e 5º minutos \leq sete pontos (Sim/Não), diagnóstico de distúrbio respiratório (Sim/Não) e necessidade de encaminhamento à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal (Sim/Não).

A análise estatística foi executada em três etapas. As duas primeiras permitiram identificar as variáveis de confundimento e a terceira possibilitou relacionar a faixa etária com os desfechos, corrigindo o efeito dessas variáveis.

Na primeira etapa, os potenciais confundidores foram identificados a partir da comparação entre as faixas etárias em que houve a gravidez (até 16 anos completos *versus* 17 a 19 anos completos) por meio dos testes não paramétricos: qui-quadrado ou Exato de Fisher (variáveis categóricas) e por meio do teste Mann-Whitney (variáveis numéricas). As variáveis que atingiram $p \leq 0,05$ foram incluídas em modelos de regressão e relacionadas aos desfechos (segunda etapa), a fim de confirmá-las, ou não, como confundimento.

Na terceira etapa, a relação entre faixa etária e os desfechos foi analisada por estimativa pontual e intervalar com coeficiente de confiança de 95% do Odds-Ratio, obtidas em modelos de regressão logística múltipla.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medici-

na de Botucatu, conforme Protocolo 4075-2011 e atendeu a todos os preceitos de pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS

O número de adolescentes potencialmente elegíveis foi 341, sendo incluídas no estudo 220 e excluídas três, em razão de gestação gemelar. Do total de adolescentes efetivamente analisadas, 33% corresponderam a adolescentes precoces. A idade mínima foi de 13 anos e a máxima, conforme critério adotado, 19 anos.

A Tabela 1 mostra o perfil sociodemográfico, história obstétrica e da gestação atual e dados do parto de gestantes adolescentes precoces e tardias, bem como a comparação entre

os dois grupos.

Identificaram-se, nos dois grupos, diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) quando se considerou “trabalho da mulher”, “primigestação”, “renda per capita” e “realização do parto no SUS”. A variável “conviver com companheiro” esteve no limite da significância estatística. As adolescentes precoces, em sua maioria, trabalhavam, não tinham companheiro, eram primigestas, tinham menor renda e realizaram o parto no SUS.

Apresenta-se na Tabela 2 a relação dos potenciais confundidores e os desfechos estudados.

Não houve associação entre os potenciais confundidores e os desfechos estudados. Deste modo, na investigação entre a variável de exposição (idade da adolescente) e os desfechos

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas, história obstétrica, história da gestação atual e dados do parto de adolescentes precoces (n=73) e tardias (n=147). Botucatu, 2012

Variável	Precoce	Tardia	P
Escolaridade adequada à idade no parto	34.2	27.2	0,281(1)
Trabalho	53.4	28.6	<0,001(1)
Convive com companheiro	60.3	73.3	0,05(1)
Primigestação	91.8	71.4	0,001(1)
Renda per capita (R\$)	300 (83 - 1000)	447 (50 - 2500)	0,002(2)
Bebeu durante a gestação	4.1	3.4	0,792(3)
Usou drogas durante a gestação	0.0	0.7	0,48(3)
Foi tabagista durante a gestação	11.0	12.2	0,781(1)
Gestação planejada	24.7	37.4	0,058(1)
Fez pré-natal no SUS	95.8	88.4	0,074(3)
7 ou mais consultas de pré-natal	76.1	79.6	0,58(1)
Participou de algum grupo para gestante	25.7	22.9	0,847(1)
Recebeu informações sobre sinais de alerta	62.0	63.9	0,777(1)
Recebeu ácido fólico e sulfato ferroso	87.7	80.2	0,189(1)
Teve algum problema emocional na gestação	13.7	16.4	0,598(1)
Teve anemia	10.7	15.7	0,523(3)
Teve alguma doença hipertensiva na gestação	3.6	14.3	0,129(3)
Teve diabetes	0.0	0.0	1,000(3)
Teve hemorragia, sangramento ou ameaça de aborto	10.7	5.7	0,385(1)
Teve alguma infecção	67.9	58.6	0,394(1)
Parto realizado no SUS	97.3	87.0	0,015(3)
Teve presença de acompanhante no parto	32.4	28.3	0,533(1)
Parto cesárea	31,9	43,5	0,099(1)
Parto pré-termo	15,1	17,7	0,584(1)

Fonte: Elaboração das autoras, 2013

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

Tabela 2 - Relação dos potenciais confundidores com os desfechos estudados. Botucatu, 2012

Variável	β	p	OR	IC95%
Necessidade de Reanimação				
Trabalho	-0,12	0,8	0,88	0,34 - 2,31
Convive com companheiro	0,29	0,578	1,34	0,48 - 3,7
Renda per capita (R\$)	0	0,517	1	01/jan
Primigestação	0,98	0,135	2,66	0,74 - 9,6
Parto no SUS	0,33	0,665	1,39	0,3 - 6,36
Apgar no 1º minuto \leq 7 pontos				
Trabalho	0,27	0,532	1,31	0,56 - 3,07
Convive com companheiro	0,49	0,312	1,64	0,63 - 4,26
Renda per capita (R\$)	0	0,709	1	01/jan
Primigestação	0,77	0,193	2,15	0,68 - 6,82
Parto no SUS	0,28	0,738	1,32	0,26 - 6,71
Apgar no 5º minuto \leq 7 pontos				
Trabalho	-1,35	0,231	0,26	0,03 - 2,36
Convive com companheiro	0,17	0,85	1,19	0,2 - 7
Renda per capita (R\$)	0	0,533	1	01/jan
Primigestação	18,4	0,998	OR alto	0
Parto no SUS			-	0
Distúrbio Respiratório				
Trabalho	0,39	0,483	1,47	0,5 - 4,36
Convive com companheiro	0,48	0,431	1,62	0,49 - 5,36
Renda per capita (R\$)	0	0,926	1	01/jan
Primigestação	-0,06	0,94	0,94	0,2 - 4,36
Parto no SUS	1,58	0,159	4,85	0,53 - 43,76
Encaminhamento à UTI				
Trabalho	0,1	0,892	1,1	0,3 - 4,2
Convive com companheiro	0,2	0,78	1,2	0,3 - 5,4
Renda per capita (R\$)	0	0,958	1	01/jan
Primigestação	0,3	0,709	1,4	0,3 - 7
Parto no SUS	18,5	0,998	-	0

Fonte: Elaboração das autoras, 2013

não foram necessárias análises ajustadas para confundidores.

Apresentam-se na Tabela 3 as prevalências dos desfechos estudados, segundo a idade das adolescentes.

Não houve diferença estatisticamente significativa quando se considerou o percentual de recém-nascidos que precisaram de reanimação nos grupos de adolescentes precoce e tardio.

Observou-se relação entre baixos índices de Apgar no primeiro minuto e os períodos da adolescência ($p < 0,05$). A adolescência tardia se mostrou fator protetor para baixos índices de Apgar, sendo que as adolescentes tardias tiveram três vezes mais chance de ter escores

maiores que sete em comparação a adolescentes precoces.

O mesmo ocorreu com o índice de Apgar no quinto minuto de vida. A adolescência tardia também se mostrou fator protetor, com chance maior em sete vezes de apresentar escores maiores que sete, em relação à adolescência precoce.

O diagnóstico de distúrbios respiratórios também foi significativo ($p < 0,05$) ao comparar-se o grupo precoce ao tardio. Jovens entre 17 e 19 anos apresentaram duas vezes mais chance de darem à luz a recém-nascidos sem distúrbios do sistema respiratório em comparação com as adolescentes na faixa etária até 16 anos.

Tabela 3 - Desfechos estudados segundo a idade no momento do parto. Botucatu, 2012

Desfecho	Idade		p	OR	IC95%	1/OR
	13 a 16 N (%)	17 a 19 N (%)				
Reanimação						
Não	60 (82)	130 (90)	0,093	0,5	0,22 - 1,12	2
Sim	13 (18)	14 (10)				
Apgar 1º min ≤ 7						
Não	52 (72,2)	122 (89,1)	0,003	0,32	0,15 - 0,67	3,12
Sim	20 (27,8)	15 (10,9)				
Apgar 5º min ≤ 7						
Não	65 (90,3)	137 (98,6)	0,014	0,14	0,03 - 0,67	7,14
Sim	7 (9,7)	2 (1,4)				
Distúrbio Respiratório						
Não	56 (76,7)	129 (57,1)	0,038	0,46	0,22 - 0,95	2,17
Sim	17 (23,3)	18 (12,2)				
Necessidade de UTI						
Não	64 (90)	139 (95)	0,134	0,4	0,10 - 1,13	2,5
Sim	7 (10)	6 (5)				

Fonte: Elaboração das autoras, 2013

Em relação à necessidade de encaminhamento do recém-nascido à UTI após o parto, não houve diferença entre os grupos.

DISCUSSÃO

A presente investigação permitiu identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes adolescentes precoces e tardias atendidas em município de médio porte do estado de São Paulo a partir de amostra presumida de gestantes e, assim, a situação encontrada possivelmente é semelhante a de outros municípios de mesmo porte.

No grupo estudado, mais da metade das adolescentes precoces trabalhavam, diferindo significativamente das tardias. Esses dados ultrapassam a proporção de gestantes adolescentes trabalhadoras atendidas em unidade de atenção básica de saúde de Minas Gerais, visto que nenhuma das precoces e somente 12,5% das grávidas tardias trabalhavam⁽¹³⁾.

Os dados encontrados na presente pesquisa contradizem a legislação trabalhista

brasileira, que proíbe o trabalho para menores de 16 anos, permitindo inferir que as adolescentes que relataram trabalhar possam estar subempregadas, isto é, sem registro formal de emprego e, conseqüentemente, com baixa remuneração⁽¹³⁾.

O fato de conviver com o companheiro também apresentou diferença entre os grupos: das adolescentes precoces, 60,3% viviam com companheiro e entre as tardias 73,3%, sendo esses números superiores ao estudo mineiro já citado⁽¹³⁾.

A convivência com o companheiro pode consistir em apoio a essas jovens, interferindo positivamente em seu estado físico, psíquico e social durante a gestação⁽¹³⁾ e, conseqüentemente, contribuindo para melhores desfechos.

As adolescentes precoces vivenciavam significativamente mais que as tardias a primeira gravidez, visto que 91,8% delas eram primigestas, enquanto apenas 71,4% das tardias não tinham outros filhos, resultado concordante com a literatura, que evidenciou aumento progressivo de múltiparas de acordo com o aumento da idade⁽⁴⁾.

A mediana da renda per capita entre adolescentes precoces foi significativamente menor (R\$ 300,00) em comparação com a das adolescentes tardias (R\$ 447,00). A variação foi de R\$ 83,00 a R\$ 1.000,00 entre as mais jovens e de R\$ 50,00 a R\$ 2.500,00 entre as mais velhas.

Segundo a Secretária de Assuntos Estratégicos da Presidência da República do Brasil, a renda per capita entre R\$ 291,00 e R\$ 1.019,00 caracteriza a classe média, sendo que quanto mais baixo é o nível de renda, mais alta é a probabilidade de retorno à pobreza⁽¹⁷⁾. Considerando-se os valores citados, pode-se afirmar que parte das adolescentes estudadas é classificada como pertencente à classe média brasileira.

A partir dessa classificação pode-se confirmar que, apesar do fato da gravidez na adolescência atingir camadas menos favorecidas socialmente, ela está presente em diferentes classes sociais⁽¹⁸⁾.

Com base nos resultados do presente estudo, pode-se afirmar, também, que se parte dessas jovens não estão em classes economicamente desfavorecidas, há risco aumentado para passarem a estar, principalmente quando considerado que a renda familiar será dividida por mais um indivíduo – o recém-nascido – e também pelo fato de a gestação ser evento de risco para o abandono dos estudos, repercutindo em sua vida profissional futura⁽¹⁹⁾.

Intimamente ligado à renda, observa-se que a proporção de partos realizados no SUS foi de 97,3% entre as adolescentes precoces e 87,0% entre as tardias, havendo diferenças entre os grupos.

Embora não tenha sido evidenciada diferença significativa entre os grupos de adolescentes, constatou-se grande inadequação quanto ao nível educacional: 34,2% das precoces tinham anos de estudo adequados para idade e 27,2% das tardias estavam nessa situação no momento do parto. Este dado é compatível com outras pesquisas que

evidenciaram a relação entre o aumento da frequência de adolescentes grávidas com o reduzido número de anos de estudo^(9, 19). A pior situação entre as adolescentes tardias pode ser explicada pela maior taxa de multiparidade entre elas, fato que pode favorecer o atraso ou o abandono dos estudos, em razão de gestação anterior.

Entre as causas de abandono escolar de adolescentes são citadas a própria gravidez, falta de interesse, não gostar de estudar, preguiça e a proibição do companheiro⁽¹⁹⁾.

O menor grau de escolaridade associado à gestação na adolescência traz consequências à ascensão econômica em virtude da menor qualificação, o que eleva a chance dessas jovens trabalharem no mercado informal e serem mal remuneradas, aumentando, assim, o risco de pobreza^(18, 20).

O reconhecimento do perfil das adolescentes permitiu controlar ampla quantidade de fatores de confusão para resultados perinatais adversos, envolvendo os aspectos sociais, econômicos, emocionais, uso de drogas e ocorrência de patologias durante a gravidez.

Observou-se que os grupos das adolescentes só diferiram quanto à renda, ao fato de trabalhar, conviver com companheiro, ser primigesta e ter o parto realizado no SUS, variáveis que foram consideradas como de confundimento em potencial. Porém, quando se investigou a interferência dessas variáveis nos desfechos, constatou-se que elas não se caracterizaram como tal.

Os recém-nascidos das adolescentes precoces, em sua maioria, tiveram escores de Apgar ≤ 7 tanto no primeiro quanto no quinto minuto e distúrbios respiratórios ao nascimento. Porém, não houve diferença entre os grupos estudados quando se avaliou a necessidade de reanimação neonatal e de internação em UTI.

Contrariando os resultados deste estudo, recente pesquisa desenvolvida em São Luis/MA

não encontrou associação entre baixo escore de Apgar e idade materna, havendo, porém, associação com a não realização do pré-natal⁽¹¹⁾.

Na análise da literatura, encontrou-se íntima relação entre os índices de Apgar e distúrbios respiratórios, uma vez que tal escore indica o estado de depressão respiratória do recém-nascido em seus primeiros minutos de vida⁽⁹⁾. Embora os índices de Apgar baixo e distúrbios respiratórios entre os recém-nascidos das adolescentes precoces tenham sido mais frequentes do que em adolescentes tardias, o fato de não ter havido diferença na necessidade de reanimação e encaminhamento à UTI neonatal, fala a favor de uma evolução rápida e positiva desses neonatos.

Hipótese explicativa para essa situação pode estar relacionada à imaturidade materna para o parto, resultando em depressão neonatal brevemente resolvida. Para comprovação, outros estudos deverão ser realizados para identificar a duração do trabalho de parto dessas jovens, bem como aspectos subjetivos relacionados a essa vivência.

CONCLUSÃO

Os desfechos neonatais foram diferentes quanto aos baixos índices de Apgar no primeiro e quinto minutos e diagnóstico de distúrbios respiratórios, com resultados piores para o grupo precoce.

Assim, destaca-se a relevância de políticas públicas de atenção integral que incluam ações de prevenção da gravidez a esses grupos específicos, em especial para as adolescentes mais jovens.

REFERÊNCIAS

1. Caminha NO, Freitas LV, Herculano MMS, Damasceno AKC. Pregnancy in adolescence: from plan-

ning 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.
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 adoles-

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>

- cência. 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.
-

Recebido: 28/02/2013

Revisado: 29/10/2013

Aprovado: 11/11/2013