



OBNJ
Online Brazilian Journal of Nursing

PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

uff

Artigos Originais

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA

Prevalência da gravidez em adolescentes em uma vila, Acre - Brasil (*)

Nelson Chaban Junior¹, Abian Eliel Rosas Maquera¹, Creso Machado Lopes¹

¹ Universidade Federal do Acre

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, realizado junto a 13 adolescentes grávidas, de um Projeto de Assentamento Dirigido em uma Vila do "V" em Porto Acre - Brasil, com o objetivo de verificar a sua prevalência. Os dados foram levantados na Ficha de Pré-Natal do Posto de Saúde, no mês de junho de 2003. Como resultado destaca-se as 84,6% adolescentes grávidas na faixa etária de 15-19 anos, onde 53,9% estavam na condição de casada ou viviam juntas e 61,5% não utilizavam nenhum método anticoncepcional. Salienta-se ainda que 61,5% não desejavam engravidar, apesar de que 69,2% reagiu bem a gravidez. No que se refere ao grau de educação, enfatiza-se as 38,4% com 1º grau incompleto, bem como as 23,1% analfabetas. Um dado relevante, foi o sustento da família por 42,9% do marido ou namorado antes da gravidez e por 50,0% após, mesmo levando-se em consideração que 46,1% ganhavam um salário mínimo por mês.

Descritores: Adolescência, Gravidez, Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

A adolescência é definida cronologicamente como o período compreendido entre 10 e 19 anos, no qual acontecem grandes mudanças físicas e psicológicas. Entre os 10 a 14 anos surgem os caracteres sexuais secundários e, entre os 15 a 19 anos ocorrem a finalização do crescimento e desenvolvimento morfológicos Aguiar (1994) e (OPAS, 1995).

Por sua vez, se a gravidez acontece nessa fase, o nascimento da criança ou a opção do aborto ocorrem em um período de transformações intensas, onde torna-se cada vez mais claro que a gravidez na adolescência é primariamente um problema social, que pode acarretar conseqüências tanto médicas, conforme Hollingworth & Kreutner (1980), quanto para a mãe e filho, segundo (Cunha, 2002).

A gravidez neste período, representa um sério problema de saúde pública a qual causa grande impacto na vida da adolescente bem como a sociedade.

De 1986 a 1996 houve um acréscimo de 100% no número de adolescentes que tiveram sua primeira relação sexual, na faixa etária de 15 a 19 anos. O Brasil é um dos três países da América Latina com maior índice de adolescentes nesta faixa que são sexualmente ativas e que não usam qualquer método contraceptivo. Embora 99,6% das brasileiras conheçam algum método contraceptivo moderno, e que as alterações de comportamento sexual contribuíram para o aumento da gravidez na adolescência (CHAVES, 2003). E Como entender a menina que tem conhecimento sobre métodos contraceptivos, tem acesso a eles, não quer engravidar, e apesar disso, engravida.

É sabido que o número de adolescentes grávidas tem se mantido alto, mas quais as razões para esse fenômeno? O sexo na

adolescência pode acontecer como forma de: 1- Aliviar angústias; 2 - Pressão imputada pelo(a) parceiro(a) ou grupo; 3 - Auto-afirmação e 4 - Busca de independência.

O crescimento da incidência de gravidez está ligada às mudanças de padrões culturais, à idade da menarca mais precoce e, principalmente, das influências sociais exercidas pelos meios de comunicação ao explorar a imagem sensual da adolescente (Aguiar, 1994).

Nos EUA existiam cerca de 16% de mães adolescentes entre 1979 e 1980 Wegman (1983), aumentando rapidamente até o final da década e declinando a partir de 1991 até 1997 (Ventura; Mathewa & Curtin, 1998).

No Brasil, em 1996, a percentagem de meninas entre 15 e 19 anos que já iniciaram a vida reprodutiva, seja porque estavam grávidas ou se tornaram mães, foi de 18%, sendo 20% na zona rural e 13% da zona urbana. Estimase que 20% de todos os nascidos vivos nos últimos cinco anos foram de mães adolescentes (BEMFAM, 1997). Em Ribeirão Preto, entre 1968 e 1970, esse valor foi de 11,7% (Teruel; Gomes & Nogueira, 1975) e, dez anos depois, em 1978 e 1979, foi de 14,1% (Bettioli et al., 1992).

Os riscos de agravos à saúde perinatal - como baixo peso, prematuridade, multiparidade, atenção médica, pré-natal inadequado e hábito de fumar - estavam mais relacionados com a classe social à qual a adolescente pertencia, do que propriamente com as características biológicas desta faixa etária (Bettioli, 1990).

É na faixa de menores de 14 anos que a situação mais se complica. Dos 15 aos 19 anos a gravidez se comporta de forma semelhante à uma mulher adulta, mas antes dos 14 anos o corpo está se formando e o sistema reprodutor ainda não está amadurecido, razão que leva a maior incidência de doenças hipertensivas, prematuridade, ruptura da bolsa amniótica, desnutrição do bebê e da mãe (BOA SAÚDE,

2003).

Filhos de mães adolescentes tendem a sofrer mais negligências ou abusos OPAS (1995) e correm maiores riscos de serem dados em adoção segundo Pinotti & Silva (1987) que os filhos de mães com mais idade. Uma mãe adolescente corre o risco de maior mortalidade por complicações obstétricas e no parto, toxemia gravídica e partos prematuros, principalmente naquelas sem assistência pré-natal, Pinotti & Silva (1987) e (Fraser; Brockert & Ward, 1995).

As complicações da gravidez, parto e puerpério apresentam-se como a principal causa de morte na faixa de 15 a 19 anos, especialmente pelos estados hipertensivos, infecções puerperais, hemorragias e abortos Siqueira & Tanaka (1980) e (Scholl; Hediger & Belsky, 1994).

A gravidez inesperada aparece geralmente em mulheres solteiras, em fases iniciais de suas experiências sexuais, e na maioria, de baixa renda. Cerca de 20% dos casos de gravidez em adolescentes ocorreram nos primeiros meses de vida sexual e, entre 40% e 50%, no primeiro ano, (BOA SAÚDE, 2003). Porém, o mais assustador é que a incidência de uma nova gravidez na adolescente, no primeiro ano após parto, varia de 17 a 40% e aumenta para 28 a 50% ao longo de dois anos (Oliveira, 2003).

Na maioria dos casos, a gravidez é indesejada, e sua ocorrência leva a problemas psicológicos e sociais, complicada pela falta de apoio, que geralmente acompanha o fato. Talvez devido a isso, 7% das adolescentes grávidas recorram ao aborto, sendo que 25% dos abortos é realizado em adolescentes, mas esse número sobe para 67% nas classes alta e média, enquanto que nas classes mais baixas, 80% das gestantes adolescentes têm a criança, Aguiar (1994), Chaves(2003) e (Oliveira, 2003).

Em 1986, ocorreu uma diminuição na taxa de nascimento entre adolescentes, mas a taxa de

gravidez continuou e continua crescendo, sendo que o que aumentou foi o número de abortos, segundo Aguiar (1994) e (Oliveira, 2003).

A gravidez na adolescência fica mais alarmante quando se vê o número de partos feitos nesta faixa etária de 10 a 19 anos. Em 1999, do total de 2,6 milhões de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, 31 mil foram feitos em meninas de 10 a 14 anos, e 673 mi nas de 15 a 19 anos. Vale ressaltar que por volta de 20% dos gastos com partos no SUS são de menores de 19 anos (Boa Saúde,2003; Oliveira, 2003).

Embora não seja a regra, tem sido comum encontrar adolescentes felizes, depois do susto do resultado positivo do exame de gravidez, dizendo que a criança é bem vinda e que, apesar de seu pai ter ficado muito bravo, todos já estão festejando a vinda do mais novo membro à família. Na opinião dessas jovens quase deslumbradas com a gravidez (muitas dissimulando, como se estivesse muito tristes), a pílula falhou, a tabelinha falhou, a camisinha rasgou ou coisas assim, mas, de qualquer forma, foi alguma coisa “completamente” acidental, emancipada da vontade dela. Mas, será mesmo que não havia nenhuma vontadezinha, ainda que inconsciente, de engravidar?

Sobre as razões pelas quais adolescentes engravidam, pesquisadores portugueses concluíram, por aplicação do método fenomenológico, que a gravidez na adolescência não é planejada, mas pode ser desejada (Oliveira, 2003)

Uma gravidez não planejada não quer dizer uma gravidez indesejada, este aspecto até agora tem sido pouco estudado. Tem-se observado gravidezes acontecendo em adolescentes com maior frequência nas pequenas cidades, vilarejos e zona rural, porém também se observa que nestas zonas o matrimônio, ou o convívio, inicia-se nestas mesmas idades e a gravidez acontece

nestas adolescentes como parte do convívio com o parceiro.

Desta forma, pela observação do número de gestantes adolescentes na Região Norte e pelo fato das mulheres iniciarem o convívio íntimo em idade muito precoce nesta região, sobretudo na zona rural, é que este estudo foi idealizado, onde procurar-se-á estudar como essa realidade se apresenta, e que de posse dos seus dados, contribuir com os programas de prevenção visando minimizar sua problemática.

OBJETIVOS

Para a realização desta monografia, estabeleceu-se os seguintes objetivos:

Geral

Conhecer a prevalência de gravidez na adolescência, em um Projeto de Assentamento Dirigido, do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA, na Vila do "V" em Porto Acre - Acre - Brasil.

Específicos

Levantar aspectos sócio-econômicos das gestantes adolescentes;

Investigar a aceitação da gravidez pelas adolescentes desta localidade;

Identificar os métodos anticoncepcionais utilizados pelas adolescentes que engravidaram;

Subsidiar o Programa de Saúde do Adolescente, sobretudo na prevenção da gravidez indesejada.

MÉTODOS

Para o desenvolvimento desta monografia,

fez-se opção pela pesquisa descritiva, por acreditar atender aos seus propósitos.

Para o presente estudo foram selecionadas 16 adolescentes com idade inferior a 20 anos residentes, na Vila do "V" do Projeto de Assentamento Dirigido do INCRA, no município de Porto Acre - Acre, que se encontravam grávidas no mês do estudo (Junho de 2003), sendo que somente 13 (81,2%) participaram da pesquisa.

As adolescentes grávidas foram identificadas através de consulta nos registros de pré-natal do Posto de Saúde da Vila do "V". Para tanto, foi trabalhado apenas as adolescentes grávidas que procuraram espontaneamente pelo Serviço de Pré-Natal.

O município de Porto Acre tem uma população de 11.679 habitantes, sendo irregularmente distribuído em Vilas e/ou Distritos, tendo uma população predominantemente rural e quase totalmente voltada para atividades agrícolas e pecuárias.

A sede do município, está localizada à 57km da capital do Estado do Acre e também conta com acesso fluvial pelo Rio Acre ao Estado do Amazonas ao Município de Boca do Acre, comportando o menor número de habitantes sendo considerada área urbana do município. Há aproximadamente 28km da sede do município, sentido Porto Acre/Rio Branco, localiza-se o Projeto Humaitá - Vila do INCRA, considerada área rural, porém com características urbanas. Mais adiante, há 8 km da Vila do INCRA localiza-se a Vila do "V", também considerada área rural com características urbanas, onde hoje se encontra a maior concentração populacional local (Chaban Junior; Cantarela & Costa, 2003).

A média de pessoas por família é de mais ou menos 3,9, sendo a população distribuída da seguinte forma: 2,7% menores de 1 ano, 22,8% crianças (1 a 9 anos), 24,8% pré-adolescente e adolescente (10 a 19 anos), 27,0% adultos -

jovens (20 a 39 anos), 15,0% adultos (40 a 59 anos) e 7,8% idosos (60a mais).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Acre, a Vila do "V", em sua área central, tem uma população de 1.640 habitantes, sendo que a população de mulheres adolescentes era de 221, (Chaban Junior; Cantarella & Costa, 2003).

Antes da aplicação definitiva do instrumento de coleta de dados, foi feito o pré-teste para verificar a validade interna, no que tange a seqüência, conteúdo, adequação e linguagem. O entrevistador, previamente treinado, solicitou o consentimento das adolescentes e do responsável para participar da presente pesquisa, onde sob o ponto de vista ético foi garantido o anonimato das adolescentes e dos parentes das adolescentes, além de esclarecido que a pessoa tinha pleno direito de recusar-se a participar da presente pesquisa ou desistir durante a mesma sem qualquer prejuízo de relacionamento profissional, pessoal ou perda de direito pré-existente. Aqueles que concordaram em participar foi solicitado assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e logo aplicado o formulário contendo dados de identificação e questões com respostas fechadas e abertas do tema em pesquisa.

As respostas foram tabuladas manualmente, de maneira quantitativa, cujos dados foram apresentados na forma de frequência e percentual.

Análise e discussão dos resultados

Pelo levantamento de dados das Fichas de Pré-Natal do Posto de Saúde da Vila do "V", em junho de 2003, foi encontrado 42 gestantes, dentre as quais 16 (38,1%) tinham menos de 20 anos. Das 16 adolescentes, foram entrevistadas 13 (81,2%) tendo em vista que duas mudaram de endereço e uma não residia no endereço fornecido.

Ao avaliar os dados coletados, observa-se que 2 (15,4%) estavam na faixa etária de 10-14 anos, e 11 (84,6%) na de 15-19 anos, o que reforça o alto índice de gravidez na adolescência, sobretudo nesta faixa etária, apesar do levantamento estar restrito a uma mês, e em área com característica rural.

Sobre esse tema, "no documento produzido na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing em 1995, a ONU - Organização das Nações Unidas já alertava: " na maioria dos países, as adolescentes são particularmente vulneráveis devido a sua falta de informação e de acesso aos serviços pertinentes, à prevalência de comportamentos sexuais de alto risco, às práticas sociais discriminatórias, às atitudes negativas para com mulheres e meninas e ao limitado, poder de decisão que muitas mulheres têm com respeito à própria vida sexual e reprodutiva" (Thurler & Barreiros, 2002).

A esse respeito, pode-se afirmar que em todo o mundo, adolescentes de 15 a 19 anos dão à luz 15 milhões de bebês a cada ano. No Brasil este número é de mais de 1 milhão. Em 1997, 35 mil meninas de 10 a 14 anos tiveram filhos e 12% das adolescentes entre 15 e 19 anos tiveram pelo menos um filho, já que 18% destas jovens são mães ou estão grávidas de seu primeiro filho. De um total de 413 gestantes adolescentes, atendidas no pré-natal do Hospital São Paulo entre 1996 e 1998, do total 38,5% tinham menos de 16 anos e 61,5% entre 17 e 19 anos. Entre essas adolescentes, 22,5% engravidaram após receberem informações sobre métodos anticoncepcionais e, destas, 79,6% tiveram duas gestações e 20,4% três (Ballone, 2003)

Vale informar, que mesmo sendo uma área rural, esses vêm ao encontro de dados nacionais, e inclusive em um realizado em Rio Branco - Acre, por Santos et al., (2001), onde dos 23.961 partos, 406 (1,7%) foram na faixa etária de 10-14 anos e 7.278 (30,4%) foi encontrado na de 15-19 anos,

o que mostra que a gravidez na adolescência é alta.

Corroborando com esta problemática, ainda vale citar que nos últimos 10 anos, de 1986 a 1996 a taxa de fecundidade (número médio de filhos) de mulheres adultas vem caindo há algumas décadas, e a taxa entre adolescentes vem crescendo, sendo que em 1986 de cada mil mulheres na faixa de 15 a 19 anos, 81 tiveram filhos e em 1996 subiu para 86 (Chaves, 2003).

No que se refere a raça, das 13 adolescentes pesquisadas, foram encontradas 7 (53,9%) brancas, 5 (38,5%) mulatas e 1 (7,6%) índia. Esses dados já eram de se esperar, tendo em vista nossa colonização ser mais acentuada pela raça branca, e que pela temperatura ambiente, também favorece a coloração da pele se tornando mais mulata.

Quanto a condição marital, salienta-se que 7 (53,9%) estavam na condição de casada / convívio e 6 (46,1%) eram solteiras, dado esse preocupante no que se refere ao custeio, educação e apoio ao binômio mãe-filho.

Sobre as gestações anteriores, foi encontrado 7 (53,8%) que nunca tiveram outros filhos, 5 (38,5%) tiveram um anteriormente e 1 (7,7%) dois filhos. Vale informar que 2 (15,4%) sofreram abortamento anterior, enquanto que 11 (84,6%) nunca teve esse problema.

Sobre os métodos anticoncepcionais utilizados pelas adolescentes gestantes quando engravidaram, 8 (61,5%) disseram não utilizar nenhum método para evitar a gestação, 3 (23,1%) utilizaram a pílula anticoncepcional e 2 (15,4%) o preservativo.

Em estudo realizado por Pinto et al., (2000), também em Rio Branco - Acre, a respeito do conhecimento de mulheres sobre métodos contraceptivos, encontrou 58 para a pílula, 52 para o preservativo masculino, 31 para o anticoncepcional injetável, 24 para o coito interrompido, 22 para a tabelinha e 21 para a

ligadura e vasectomia respectivamente. Já por sua vez quanto ao uso, 46 referiu a pílula, 35 ao preservativo e 15 o anticoncepcional, sendo os considerados com maior freqüência.

A esse respeito, Diaz & Diaz (1999) descrevem que diversos fatores, entre eles a falta de informação adequada, fatores sociais que por um lado, estimulam a vida sexual das adolescentes e por outro a condenam, e a falta de acesso a serviços adequados para as pessoas nessa faixa etária, levam uma grande parte dos adolescentes a iniciar sua vida sexual sem usar anticoncepção, apesar de não desejar uma gravidez. Diversos estudos na América Latina tem mostrado que menos de 20% dos homens e de 15% das mulheres usam algum método anticoncepcional na primeira relação. Como consequência, um número cada vez maior de adolescentes tem gravidez indesejadas que, em muitos casos, são interrompidas recorrendo ao aborto, praticado freqüentemente, em péssimas condições higiênicas e técnicas, com risco de apresentar complicações e graves seqüelas, inclusive a morte".

De acordo com Junior (1999) "a gravidez não planejada, na adolescência, é considerada como um obstáculo e talvez um fator que pode desviar essa adolescente daquilo que tinha como projeto de vida".

Das adolescentes pesquisadas, 5 (38,5%) desejavam engravidar, enquanto que 8 (61,5%) não queriam que isso ocorresse. Sobre esta temática, Diaz & Diaz (1999) mencionam que "mais de 30% das mulheres que têm um parto antes dos 20 anos declararam que a gravidez não era desejada. Essa porcentagem de gravidez indesejada está subestimada, porque a grande maioria das mulheres acaba aceitando a gravidez, ainda que esta tenha ocorrido acidentalmente, e declara que a gravidez foi desejada".

Deste modo, do total de 9 (69,2%) que reagiram bem a gravidez, 5 (38,4%) foi planejada,

contra 4 (30,8%) que apesar de não planejada, foi bem aceita. Por sua vez, das 4 (30,8%) restantes que reagiram mal a notícia da gravidez, 2 (15,4%) não queriam engravidar e ficaram indiferentes, respectivamente.

A esse respeito, Junior (1999) menciona que “alguns estudos mostram que as adolescentes têm reais aspirações reprodutivas, nesse momento da vida”, o que vem ao encontro de outra pesquisa efetuada por Coates et al., (1993) apud Junior (1999) onde das 384 adolescentes primigestas, 47,1% desejavam ficar grávidas.

Ao discorrer sobre o grau de escolaridade, 5 (38,4%) tinham 1º grau incompleto, seguido por 3 (23,1%) com 2º grau incompleto e analfabetas respectivamente e 1(7,7%) com o 1º e 2º graus completo, também respectivamente. Tais dados mostram o baixo nível de escolaridade, o que provavelmente pode contribuir com o alto índice de gravidez nesta faixa etária, associada a outras variáveis sócio-econômicas, tais como a ociosidade, trabalho dos pais na área rural tendo que deixar as filhas na vila, facilitando assim esta prática, aliando a ingestão de bebida alcoólica, uso de drogas e até a prostituição infantil.

Ao verificar quem sustentava a adolescente antes da gravidez, 6 (42,9%) informaram ser o namorado ou marido, 4 (28,6%) a mãe, 3 (21,3%) o pai, e 1 (7,1%) referiu a avó. Por sua vez, ao levantar quem passou a sustentar a gestante e família após a gravidez, também foi encontrado o namorado ou marido com em 7 (50,0%), seguido pela mãe com 4 (28,6%) e 3 (21,4%) o pai.

Diante destes dados, apesar do número pequeno de grávidas, mas na zona rural parece que o namorado ou marido, assume mais a responsabilidade da paternidade e do sustento da adolescente grávida. Convém esclarecer que para estas duas questões, foi encontrado 14 respostas, tendo em vista facultar a mais de uma resposta.

Ao concluir os questionamentos, quando procurou-se levantar qual a renda das pessoas que moravam na sua residência, encontrou-se 6 (46,1%) com um salário mínimo, seguido por 3 (23,1%) com menos de um salário e 2(15,4%) com dois e três salários mínimos respectivamente. Vale lembrar que o Salário Mínimo em junho de 2003, era de R\$ 240,00.

CONCLUSÃO

Ao concluir a presente pesquisa, das 42 gestantes levantadas no mês de junho de 2003, foi encontrado 16 (38,1%), onde trabalhou-se com 13 (81,2%), número este considerado elevado, estando portanto quase duas vezes acima da média nacional. Vale informar que isto merece relevância mais evidenciada para que seja dada a sua devida importância, pelos transtornos físicos, sociais e econômicos que pode trazer.

Cabe destacar também que foi encontrado 84,6% adolescentes grávidas na faixa de 15-19 anos, reforçando aí a problemática da gravidez nesta faixa e a necessidade de se efetuar programas de saúde sexual, trabalhando não só a prevenção da gravidez indesejada, como também a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis.

No que se refere ao uso de métodos anticoncepcionais, foi acentuado as 61,5% que não a utilizavam, demonstrando necessidade de maior atenção na sua orientação e disponibilização dos métodos.

Um dado relevante desta pesquisa na condição marital, foram as 53,9% que estavam na condição de casada/convívio, o que pode favorecer melhores condições na atenção ao binômio mãe-filho.

Ao discorrer sobre a reação à gravidez, foi encontrado 9 (69,2%) que reagiram bem, contra

4 (30,8%) que não. Essa resposta guarda relação com as 5 (38,5%) que desejavam engravidar, reforçando desta forma a sua boa aceitação.

O grau de escolaridade, representa fator relevante na problemática da educação preventiva, e que de posse dos dados, as 38,4% que possuíam o 1º grau incompleto e as 23,1% analfabetas representam preocupação, pois além da gravidez, também estão vulneráveis às drogas, etilismo, tabagismo e até à prostituição infantil como meio de subsistência, sendo desta forma, importante estabelecer programas de educação preventiva.

Quanto ao sustento da adolescente antes da gravidez foi encontrado 42,9% por parte do namorado ou marido e 50,0% após a gravidez, apesar de que 46,1% recebem um Salário Mínimo no valor de R\$ 240,00, o que mesmo assim nos parece importante no que se refere à paternidade responsável.

Ao concluir esta pesquisa, estamos convictos de que, pelo fato de se ter levantado apenas um mês, foi possível confirmar a problemática da tendência da gravidez na adolescência, e sobretudo na zona rural e num Projeto de Assentamento Dirigido do Instituto Nacional de Colonização Agrícola do interior do Estado do Acre - Brasil, onde de posse dos seus dados estamos convictos que não podemos generalizar, mas que mesmo assim reforça a necessidade de se estabelecer programas de educação sexual preventivos.

REFERÊNCIAS

1. CUNHA, M. de. A. Gestação na adolescência e recém-nascidos de baixo peso em uma maternidade publica de Rio Branco. Disserta o de mestrado. Salvador, BA, 2002. UFBA.
2. AGUIAR, R. A. L. P. de, Gravidez na adolescência. In: CORRÊA, M. D. No es práticas de obstetrícia. 11ed. Belo Horizonte p:487-93, 1994.
3. BALLONE, G.L. Gravidez na adolescência - 2 adolescência e o parto. Disponível em: <http://gballone.sites.uol.com.br/infantil/adolesc3b.html>. Acesso em: 16 de outubro de 2003.
4. BEMFAM. Brasil. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde - 1996. Rio de Janeiro, RJ: BEMFAM; 1997.
5. BETTIOL, H. Saúde perinatal em Ribeirão Preto. Estudo de algumas variáveis sociais e biológicas no perfil reprodutivo de mães adolescentes [disserta o]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 1990.
6. BETTIOL, H. et al. Aten o médica   gesta o e ao parto de mães adolescentes. Cad. Saúde Pública, v, , n.8, p:404-13. 1992.
7. BOA SAÚDE. Maternidade na adolescência. Disponível em: <http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?libDocID=3999&ReturnCatID=1781>. Acesso em: 16 de outubro de 2003.
8. CHAVES, G. L. C. Menina-moça e mãe menina. Disponível em: <http://www.versaobeta.hpg.ig.com.br/Saude/Sex3.htm>. Acesso em: 16 de outubro de 2003.
9. DIAZ J.; DIAZ, M. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento, v. 1, p: 249-57, 1999.
10. FRASER, A.M.et al. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. N. Engl. J. Med. 332, p:1113-7, 1995.
11. HOLLINGWORTH, D.R. et al . Teenage pregnancy. N. Engl. J. Med.303, p:516-8, 1980.
12. JUNIOR, J. D.S. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento, v. 1, p:228, 1999.
13. JUNIOR, C, N. et al Diagnóstico de saúde da Vila do "V", Porto Acre - Acre - 2003. (Projeto de Pesquisa). Mimeografado, 2003
14. OLIVEIRA, S. O significado da gravidez para o adolescente. 'Disponível em: www.sbrh.med.br/boletins/bol04maio-junho/bl010403.htm .Acesso em: 15 de Maio de 2003,
15. OPAS. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro. Washington (DC); 1995. (Comunicación para la Salud, 6).
16. PINOTTI, J.A. ;Silva, J.L.C.P. A saúde reprodutiva da adolescente. Femina.15, p:57-82, 1987.
17. PINTO, C.M.A. et al. Conhecimento de mulheres sobre métodos contraceptivos. Monografia de Conclusão de Curso de Especializa o em

- Enfermagem Obstétrica. Universidade Federal do Acre, Rio Branco - Acre, 38p., 2000.
18. SANTOS, J.B.F. et al. Estudo do peso do recém-nascido, faixa etária da mãe e tipo de parto. Rev. Bras. Enf. v.54, n.3, p:517-27, 2001.
 19. SCHOLL, T.O et al Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. J. Adolesc. Health, 15, p:444-56, 1994.
 20. SIQUEIRA, A.AF. et al .Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna no Brasil, 1980. Rev. Saúde Pública, 20, p:274-9, 1980.
 21. TERUEL, J.R.; et al . Investigación interamericana de mortalidad en la niñez: peso al nascer en la región de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Bol. Oficina Sanit. Panam; 79, p:139-45, 1975.
 22. THULER, A. L.; BARREIROS. E. O. Experiências em advocacy em saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Agenda, 2002. Brasília, mar. 2002.
 23. VENTURA, S.J. et al S.C. Declines in teenage birth rates, 1991-97: national and state patterns. Natl. Vital Stat. Rep.47,p:1-17. 1998
 24. WEGMAN, M.E. Annual summary of vital statistics. Pediatrics. 72, p:755-65, 1983.

Recebido: 10/11/2003

Revisado: 10/29/2003

Aprovado: 10/30/2003