

Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil.

Comparisons of socioeconomic and reproductive factors among adolescent and young adult mothers in three public maternities of Maceió, Brazil.

Abstract

Objectives: describe and compare social and economic conditions, prenatal care, exposure to tobacco and alcohol and reproductive factors among adolescent and young adult mothers in three public maternity hospitals located in Maceió, Alagoas, Northeast Brazil.

Methods: 250 puerperal adolescents (< 20 years old) and 250 puerperal young adult mothers (between 20 and 30 years old) were interviewed. A cross sectional study performed from July to October 1996 was performed. The Chi-Square test was used to test proportion homogeneity hypothesis.

Results: among adolescents a significantly higher percentage ($p < 0,05$) of primiparity, low family income, deficient schooling and insufficient prenatal care as compared to young adults was determined.

Conclusions: adolescent mothers in the public maternity hospitals studied have worse social, economic and reproductive conditions when compared to young adult mothers; therefore they deserve more attention and perinatal care focus.

Key words *Pregnancy in Adolescence; Prenatal Care; Socioeconomic Factors.*

Samir B. Kassab¹
Marília de C. Lima²
Maria de Fátima M. de Albuquerque³
Marco Antônio Barbieri⁴
Ricardo Q. Gurgel⁵

¹ Departamento de Pediatria. Fundação Universitária de Ciências da Saúde de Alagoas governador Lamemba Filho. Rua Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra. Maceió, AL, Brasil.

CEP: 57.010-300. E-mail: samirbkr@uol.com.br

² Departamento Materno Infantil. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

³ Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil

⁴ Departamento de Pediatria e Puericultura. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil

⁵ Departamento de Medicina. Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil

Resumo

Objetivos: descrever e comparar fatores socioeconômicos, assistência pré-natal, exposições ao fumo e álcool e fatores reprodutivos entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Alagoas, Nordeste do Brasil.

Métodos: foram entrevistadas 250 puérperas adolescentes (< 20 anos) e 250 puérperas adultas jovens (20 a 30 anos). Estudo de corte transversal realizado de julho a outubro de 1996. Foi utilizado o qui-quadrado para testar hipóteses de homogeneidade de proporções.

Resultados: verificou-se entre as puérperas adolescentes um percentual significativamente maior ($p < 0,05$) de primiparidade, baixa renda familiar, baixa escolaridade e pouca assistência no pré-natal, em relação às adultas jovens.

Conclusões: mães adolescentes dos hospitais públicos estudados estão associadas às piores condições socioeconômicas e reprodutivas quando comparadas às adultas jovens, merecendo, portanto, maior atenção diferenciada e estruturada na saúde perinatal.

Palavras-chave *Gravidez na adolescência; Cuidado pré-natal; Fatores socioeconômicos.*

Introdução

A adolescência é definida cronologicamente como o período compreendido entre 10 e 19 anos, no qual acontecem grandes mudanças físicas e psicológicas.¹ Este grupo constitui 1/3 da população mundial e, embora ainda em fase de crescimento e desenvolvimento, vem participando efetivamente no aumento das taxas de fecundidade.² Estima-se que 20% de todos os nascidos vivos no Brasil nos últimos cinco anos foram concebidos por mães adolescentes.³ Em Maceió, 30,6% das mães têm idade inferior a 20 anos.⁴

A gravidez na adolescência é freqüente em todos os níveis sociais, mas a maior incidência ocorre nas populações de baixa renda.⁵⁻⁶ Mães adolescentes pobres residem em piores condições, têm menor renda *per capita* e escolaridade em comparação com as adultas da mesma classe social. Por isso, expõem seus filhos a um maior risco de doença e morte.⁷⁻⁸ Esse grupo entra para a vida adulta muito mais precoce e abruptamente do que uma jovem de classe privilegiada, que pode prolongar sua adolescência. O problema, então, é que a condição de pobreza parece contribuir para uma maior incidência de reprodução na adolescência, o que, por sua vez, cria uma probabilidade ainda maior de que essas jovens permaneçam vivendo em condições de miséria.^{5,6,9}

Segundo Henriques-Müeller e Yunes⁹ "gravidez na adolescência é uma porta para o ciclo da pobreza". No Rio de Janeiro, Gama *et al.*¹⁰ compararam características socioeconômicas de mães de 20 a 34 anos, categorizadas de acordo com a experiência (ou não) de gravidez na adolescência e encontraram as piores condições sociais naquelas que tinham engravidado durante este período.

Mães adolescentes realizam menos consultas de pré-natal e têm filhos com menor peso e idade gestacional quando comparadas às adultas jovens. Observou-se em um estudo populacional realizado em país desenvolvido que mães muito jovens (menores ou iguais a 15 anos) têm piores resultados perinatais e seus filhos também têm maior risco de morrer no primeiro ano de vida, quando comparadas ao grupo das adolescentes mais velhas (16-19 anos) e ao grupo de adultas jovens (20-23 anos).⁸

Mulheres com baixa escolaridade, maior paridade, idade mais elevada e usuária de bebida alcoólica são as que têm maior probabilidade de fumar durante a gravidez.¹¹ Por outro lado, observa-se nos últimos anos uma tendência de redução do fumo na gravidez em gestantes adolescentes.¹²

Diante da atual incidência elevada de gestação na adolescência em Maceió, e da existência de

conseqüências negativas causadas por determinantes sociais e biológicos, evidencia-se a necessidade de avaliar e descrever as características das mães menores de 20 anos em maternidades públicas de Maceió e verificar se elas expõem seus recém-nascidos a maior risco do que as mães adultas do mesmo estrato social.

Métodos

Estudo de corte transversal realizado na cidade de Maceió, Nordeste do Brasil, em três maternidades que atendem ao Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como amostra 500 mães que se encontravam no puerpério imediato com seus respectivos recém-nascidos, com a característica de serem todas de baixa renda. Cerca de 70% dos partos do SUS de Maceió acontece nas três instituições onde foi realizada a pesquisa, Hospital do Açúcar, Casa Maternal Santa Mônica e Hospital Universitário (UFAL).⁴

O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se como parâmetro estatístico um erro alfa de 5% e um poder de 80%. A proporção estimada de 20% de parto cesariano no grupo de mães adolescentes e 35% no grupo de adultas jovens foram os valores utilizados para o cálculo da amostra, com base na literatura.¹³ O número mínimo para cada grupo foi de 151 mães, a partir do qual houve tempo para prolongar a coleta e aumentar o tamanho da amostra. Dessa forma, 500 puérperas, foram avaliadas na amostra final, sendo 250 para cada grupo.

As puérperas foram recrutadas para entrevista e exame dos seus recém-nascidos, no período de quatro meses, julho a outubro de 1996. Para cada adolescente (< 20 anos) identificada na enfermaria no dia da entrevista, o registro seguinte foi de outra mãe com idade entre 20 e 30 anos. Este grupo de comparação foi escolhido por considerar-se ser esta faixa etária a melhor época para a procriação do ponto de vista social e biológico.

Antes de iniciar a pesquisa, realizou-se um estudo piloto para testar o questionário, orientar e padronizar três estudantes de medicina quanto à forma de interrogar as mães e quanto ao modo como as respostas deveriam ser anotadas. Foi utilizado um questionário com 37 perguntas e consulta ao prontuário clínico. Cerca de 10% das entrevistas foram repetidas pelo primeiro autor desta pesquisa para garantir a qualidade do trabalho de campo. Antecedendo a aplicação do questionário, foi esclarecido o objetivo da pesquisa às mães e obtida a autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A idade materna foi usada como variável discreta. As demais variáveis do estudo foram classificadas em: 1) socioeconômicas [local da residência, escolaridade materna (categorizadas em três grupos: analfabetas, menos de quatro anos de escolaridade e quatro anos ou mais de escolaridade), renda familiar em salários mínimos (categorizada em menos de dois salários mínimos por família e maior ou igual a dois salários mínimos por família), renda familiar *per capita* (categorizada de zero até meio salário mínimo e acima de meio salário mínimo por pessoa) e, coabitação] 2) exposições ao fumo e álcool, 3) assistência ao pré-natal (número de visitas ao pré-natal) e 4) fatores reprodutivos (primiparidade, tipo de parto e idade gestacional).

Foram consideradas fumantes e usuárias de bebida alcoólica todas as mães que fizeram uso desses itens na gravidez, independentemente da quantidade ou período do consumo. A idade gestacional foi determinada pelo primeiro dia do último ciclo menstrual e confirmada com o exame físico do recém-nascido, pelo método de Capurro.

Foram excluídas puérperas com informações incompletas, mães que apresentassem gravidez gemelar, recém-nascidos com infecções congênitas, cromossomopatias, outras malformações e natimortos.

O Epi-info 6.0 foi o programa utilizado para o cálculo da amostra, armazenamento e análise dos

dados. Para testar hipóteses de homogeneidade de proporções foi usado o teste do qui-quadrado com a correção de Yates sempre que necessário. O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Mestrado em Saúde da Criança da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Resultados

A faixa etária das mães adolescentes variou de 13 a 19 anos. O grupo de adolescentes com 18 anos foi o mais encontrado: 23,6%. A faixa etária das mães adultas jovens variou de 20 a 30 anos e a idade que mais apareceu foram as que tinham 24 anos, em 15,2% dos casos.

A maioria das puérperas residia em zona urbana (87%), sem diferenças entre os grupos. A escolaridade materna de uma forma geral foi baixa. A maioria das mães de ambos os grupos era analfabeta ou tinha menos de quatro anos de escolaridade (81,2%), sendo que a escolaridade foi significativamente mais baixa nas adolescentes ($p < 0,001$). A renda familiar mensal geral encontrada foi baixa nos dois grupos, com 57% das famílias ganhando menos que dois salários mínimos. Avaliando-se a renda *per capita* e a renda familiar mensal, constata-se que o grupo das adolescentes apresentou discreto desfa-

Tabela 1

Características socioeconômicas dos dois grupos estudados (adolescentes e adultas jovens). Maceió, Alagoas, 1996.

Características socioeconômicas	Adolescentes (n = 250)	Adultas jovens (n = 250)	Total (n = 500)	Teste de Significância
Residência				
Urbana	214 (85,6%)	222 (88,8%)	436 (87,2%)	$\chi^2 = 1,15$ p = 0,284
Rural	36 (14,4%)	28 (11,2%)	64 (12,8%)	
Escolaridade materna (anos)				
Analfabeta	42 (16,8%)	53 (21,2%)	95 (19,0%)	$\chi^2 = 36,98$ p < 0,001
< 4 anos	185 (74,0%)	126 (50,4%)	311 (62,2%)	
≥ 4 anos	23 (9,2%)	71 (28,4%)	94 (18,8%)	
Renda familiar				
< 2 SM	155 (62,0%)	130 (52,0%)	285 (57,0%)	$\chi^2 = 4,70$ p = 0,030
≥ 2 SM	95 (38,0%)	120 (48,0%)	215 (43,0%)	
Renda <i>per capita</i> *				
≥ 1/2 SMpP	134 (53,6%)	111 (44,4%)	245 (49,0%)	$\chi^2 = 3,87$ p = 0,049
> 1/2 SMpP	116 (46,4%)	139 (55,6%)	255 (51,0%)	
Coabitação				
Sim	202 (80,8%)	201 (80,4%)	403 (80,6%)	$\chi^2 = 0,01$ p = 0,909
Não	48 (19,2%)	49 (19,6%)	97 (19,4%)	

SMpP = salários mínimos por pessoa.

Tabela 2

Fatores reprodutivos, exposição ao fumo e álcool e pré-natal, de acordo com os grupos estudados. Maceió, Alagoas, 1996

Características socioeconômicas	Adolescentes (n = 250)	Adultas jovens (n = 250)	Total (n = 500)	Teste de Significância
Fatores reprodutivos				
Primiparidade				
Sim	167 (66,8%)	68 (27,2%)	235 (47,0%)	$\chi^2 = 77,11$ $p < 0,001$
Não	83 (33,2%)	182 (72,8%)	265 (53,0%)	
Tipo de parto				
Vaginal	172 (68,8%)	143 (57,2%)	315 (63,0%)	$\chi^2 = 6,73$ $p = 0,009$
Cesariano	78 (31,2%)	107 (42,8%)	185 (37,0%)	
Idade gestacional				
< 37 semanas	29 (11,6%)	32 (12,8%)	61 (12,2%)	$\chi^2 = 0,36$ $p = 0,836$
37 - 41 semanas e 6 dias	218 (87,2%)	216 (86,4%)	434 (86,8%)	
≥ 42 semanas	3 (1,2%)	2 (0,8%)	5 (1,0%)	
Exposição ao fumo e álcool				
Fumante				
Sim	20 (8,0%)	44 (17,6%)	64 (12,8%)	$\chi^2 = 9,48$ $p = 0,002$
Não	230 (92,0%)	206 (82,4%)	436 (87,2%)	
Bebida alcoólica				
Sim	17 (6,8%)	25 (10,0%)	42 (8,4%)	$\chi^2 = 1,66$ $p = 0,197$
Não	233 (93,2%)	225 (90,0%)	458 (91,6%)	
Assistência ao pré-natal				
Número de visitas				
< 6	137 (54,8%)	113 (45,2%)	250 (50,0%)	$\chi^2 = 4,23$ $p = 0,039$
≥ 6	113 (45,2%)	137 (54,8%)	250 (50,0%)	

vorecimento nessa condição ($p = 0,049$) e ($p = 0,030$), respectivamente. A grande maioria das mães coabitava com seus companheiros e a comparação dos dois grupos estudados não apresentou diferença estatística. (Tabela 1)

A prevalência de fumantes foi de 12,8% na amostra global, sendo mais freqüente no grupo de mães adultas jovens (17,6%) que no grupo das adolescentes (8%), ($p = 0,002$). O uso de álcool na gravidez esteve presente em apenas 8,4% do universo estudado, não havendo diferença entre os dois grupos ($p = 0,197$). Considerando-se um pré-natal de seis consultas ou mais, verificou-se que apenas 50% das mães estudadas o realizaram e que as adolescentes o fizeram menos, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p = 0,039$). Com relação à primiparidade, constata-se que existe uma diferença ($p < 0,001$) entre as adolescentes e as adultas jovens, ou seja, a maioria das adolescentes

era primípara (66,8%). O tipo de parto predominante foi o vaginal, porém, a incidência de cesariana foi significativamente maior ($p = 0,009$) no grupo das mães adultas jovens. O parto prematuro (< 37 semanas) representou 12,2% em toda a amostra, sem diferença entre os dois grupos. (Tabela 2)

Discussão

Neste trabalho, foram estudadas apenas puérperas de hospitais públicos, sendo os dois grupos (mães adolescentes e adultas jovens) do mesmo estrato socioeconômico, de baixa renda.

Puérperas adolescentes e adultas jovens em maternidades públicas, teoricamente, estão no mesmo nível socioeconômico. No entanto, nesta pesquisa foram encontrados vários fatores desfavoráveis às adolescentes. Menor renda familiar e per

capita, baixo número de consultas no pré-natal, baixa escolaridade e primiparidade são os fatores que poderão expor a saúde das adolescentes e a dos seus filhos a maiores riscos de doença e morte.

A renda familiar geral observada nos dois grupos foi bastante baixa, já que vivem em famílias que recebem até dois salários mínimos ou menos. A menor renda *per capita* encontrada nas famílias das adolescentes pode ser justificada pela falta de exercício de uma atividade remunerada nesse grupo e/ou pela permanência das jovens na casa dos seus pais após o parto. Isso, portanto, eleva o número de indivíduos vivendo em uma mesma casa com o mesmo rendimento mensal anterior à gravidez. Vários pesquisadores têm encontrado uma maior prevalência de baixa renda em mães menores que 20 anos quando comparadas a outros grupos.^{5,7}

A baixa renda aumenta a proporção de recém-nascidos com baixo peso (< 2500 g), desnutrição e morte no primeiro ano de vida.^{5,14} Uma pesquisa realizada em Recife concluiu que a desnutrição infantil foi 2,5 vezes mais freqüente em filhos de mães adolescentes do que em mães mais velhas de uma mesma favela.⁷ A reprodução nessa fase da vida e nesse nível socioeconômico, aumenta a probabilidade maior de que essas jovens permaneçam vivendo em condições de miséria, perpetuando o ciclo da pobreza.

A alta proporção de mães adolescentes analfabetas e com menos que quatro anos de escolaridade contraria os critérios do Ministério da Educação que estabelece limite etário para escolaridade de ensino fundamental (7-14 anos) e ensino médio (15-19 anos).¹⁵ A maternidade precoce tem sido identificada com um fator de afastamento e dificuldade nos estudos. Entretanto, sabe-se que outros fatores sociais e econômicos podem interferir no processo de escolarização.¹⁴ Em uma pesquisa transdisciplinar realizada em Ribeirão Preto, São Paulo, tentou-se encontrar a causa da evasão e repetência escolar em adolescentes conscritos e foi observado que a desigualdade socioeconômica, o baixo nível de escolaridade dos pais e a má qualidade de ensino foram os fatores mais importantes.¹⁶

Nossos dados parecem indicar que a gravidez nas puérperas adolescentes teria ocorrido já com elas em defasagem idade/série, e seria um fator sobreposto à provável evasão escolar. É importante que, na escola, no início da adolescência, meninos e meninas recebam informações sobre saúde reprodutiva, para que possam optar pelo sexo seguro, sem riscos de doenças ou gravidez indesejada, defende Costa *et al.*¹⁵

A baixa escolaridade é um fator que aumenta os

riscos perinatais, pois mães com pouca instrução fazem menos o pré-natal e têm filhos com menor peso.¹⁴

A primiparidade está relacionada a um maior risco de complicações para mãe - doença hipertensiva da gestação, anemia, e para o recém-nascido - prematuridade e baixo peso ao nascer.¹⁷ A relação entre primiparidade e a ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer não foi encontrada no estudo de Cabral¹⁸, realizado em Recife, no ano de 1995/1996. O percentual maior de adolescentes primíparas, 66,8%, em nosso trabalho, já era esperado e é concordante com vários pesquisadores.^{15,18} Apesar deste maior número de primíparas entre as mais jovens, a quantidade de partos prematuros foi semelhante entre os grupos (média de 12%), próximo ao encontrado na pesquisa de Cabral (14%).¹⁸ Em São Paulo, foi observado que a proporção de prematuridade foi significativamente superior nas mães adolescentes até 15 anos (11,2%) quando comparadas às adultas (7,1%).¹⁹

Mariotoni e Barros Filho,²⁰ na Maternidade de Campinas, São Paulo, em 1994/1995, não identificaram risco aumentado de baixo peso por prematuridade ou retardo de crescimento intra-uterino associados à gravidez na adolescência. Já outros pesquisadores encontram resultados opostos, pois observaram risco aumentado para o baixo peso e prematuridade entre mães adolescentes, principalmente nas menores de 18 anos.^{21,22}

Fumar e usar bebida alcoólica tiveram uma limitação na presente pesquisa, uma vez que não quantificamos o tempo e doses usadas durante a gravidez. A exemplo dos estudos realizados na década de 90 no Rio de Janeiro, Sudeste do Brasil¹⁰ e em diversas capitais brasileiras de diferentes regiões, incluindo o Nordeste,^{11,18} as gestantes adultas apresentaram maior prevalência no hábito de fumar quando comparadas às gestantes adolescentes. Já outros pesquisadores encontraram resultados diferentes.^{5,22,23} Essa diversidade de achados pode ter causalidade multifatorial, conforme pode ser vista em estudos de Kroeff *et al.*¹¹, Halal *et al.*²⁴ e Horta *et al.*,²⁵ para os quais os fatores sócio-culturais e familiares estão mais fortemente associados. Além disso, a diferença no hábito de fumar entre grupos etários (adolescentes e adultas) pode revelar uma significativa contribuição, tanto como resposta ao Programa Nacional de Combate ao Fumo,²⁵ quanto por subestimação de consumo de cigarros, possivelmente originada por sentimento de intimidação da gestante frente à cobrança social.¹¹

Nesse sentido, o uso de bebidas alcoólicas poderia seguir a mesma tendência.¹¹

Nesta pesquisa foi constatado uma menor predisposição de cesarianas em adolescentes quando comparadas às adultas, resultado semelhante encontrado por outros pesquisadores.^{5,13} O maior número de intervenções cesáreas nas adultas desse trabalho (42,8%) é mais elevado que a média nacional (36%) e a recomendada pela OMS (10 a 15%).^{3,26} A maior proporção de múltiparas (72,8%) e maior assistência no pré-natal (54,8%), no grupo adulto, podem ter contribuído para elevação do índice de cesariana decorrente de iteratividade como também a riscos fetais e maternos identificados no pré-natal para o parto vaginal.²⁷

Em relação à frequência do pré-natal, quando comparada com outras regiões do país nas quais os acessos aos Serviços de Saúde são mais disponíveis, como é o caso da cidade de Ribeirão Preto, Sudeste do Brasil, região de maior desenvolvimento socioeconômico, verifica-se que o percentual de gestantes que se beneficia da atenção é geralmente maior do que o encontrado em nosso estudo.¹² Quando comparamos as adolescentes com as mães de maior faixa etária, as puérperas menores que 20 anos desse estudo tiveram resultado ainda pior, já que 54,8% delas deixaram de fazer o pré-natal adequadamente. As adolescentes sempre estão em desvantagem nesse tipo de assistência quando comparadas a outros

grupos etários.^{5,8} Gestantes adolescentes estão mais expostas a risco, no entanto, recebem menor atenção médica, mostrando, mais uma vez, a inversão do cuidado médico que vigora em nossa sociedade.

Apesar da percepção da gravidez na adolescência poder se revelar de forma positiva para algumas adolescentes, os sentimentos de negação da gravidez, conflitos familiares e tendência à depressão podem se apresentar de forma mais marcantes.^{16,28} Essa reação negativa à gestação pode contribuir para o retardo do início à assistência pré-natal, que pode levar a uma maior exposição dos seus conceitos a riscos evitáveis. A assistência pré-natal aparece como uma política compensatória eficiente para prevenção de prematuridade e do baixo peso ao nascer, sobretudo entre gestantes adolescentes de baixa renda no município do Rio de Janeiro.¹⁰

A partir dos dados apresentados podemos observar que a gravidez na adolescência, em mães de baixo nível socioeconômico como as atendidas em nossas maternidades, está associada às piores condições socioeconômicas e reprodutivas quando comparadas às adultas jovens, o que pode expor mãe e filho a maior risco perinatal. Concluimos, portanto, que essa população de adolescentes merece atenção diferenciada e estruturada.

Referências

1. OPS (Organización Panamericana de la Salud), OMS (Organización Mundial de la Salud). Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones. Washington (DC); 1988. (Cuaderno técnico, n. 12).
2. OPS (Organización Panamericana de la Salud), OMS (Organización Mundial de la Salud). La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro. Washington (DC); 1995. (Comunicación para la salud, n. 6).
3. BEMFAM (Sociedade Civil de Bem Estar Familiar). Pesquisa Nacional sobre Saúde e Demografia: relatório. Rio de Janeiro, RJ: 1996.
4. Maceió. Secretaria de Saúde. Divisão Epidemiológica. DDS - SINASC: análise de dados de nascimentos, agravos e óbitos entre residentes de Maceió: relatório. Maceió; 2003.
5. Bettiol H, Barbieri MA, Gomes UA, Wen LY, Reis PM, Chiaratti TM, Vasconcellos V, Yamawaki RM. Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes. Cad Saúde Pública 1992; 8: 404-13.
6. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC, Theme Filha MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. Rev Saúde Pública 2001; 35: 74-80.
7. Lima MC, Figueira F, Ebrahim GJ. Malnutrition among children adolescent mother in a squatter community of Recife, Brazil. J Trop Pediatr 1990; 36: 14-19.
8. Phipps MG, Sowers M. Defining early adolescent child-bearing. Am J Public Health 2002; 92: 125-8.
9. Henriques-Müeller MH, Yunes J. Adolescência: equívocos e esperanças. In: OPS (Organización Panamericana de la Salud). Género, Mujer y salud en las Américas. Washington (DC); 1993. p. 65. (Publicación científica, n. 541).
10. Gama SGN, Szwarcwald CL, Lela, MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. Cad Saúde Pública 2002; 18: 153-61.
11. Kroeff LR, Mengue SS, Schmidt MI, Ducan BB, Favaretto ALF, Nuci LB. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. Rev Saúde Pública 2004; 38: 261-7.
12. Ribeiro ERRO, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AAM. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. Rev Saúde Pública 2000; 34: 136-42.
13. Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21: 1077-86.
14. Victora CG, Barros FC, Vaughan, JP. Epidemiologia da desigualdade. São Paulo: Hucitec; 1989.

15. Costa COM, Pinho JFC, Martins SJ. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém, Pará. *J Pediatr (Rio J)* 1995; 71: 151-7.
16. Miranda MIF, Barbieri MR, Haeffner LSB, Tavares CHF, Barbieri MA. Transdisciplinaridade: o desafio de inovar. *Com Educ* 1999; 14: 33-41.
17. Correa MD. Riscos obstétricos. *In: Maakaroun MF, Souza RP, Cruz AR. Tratado de adolescência: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1991. p. 380-9.*
18. Cabral MGSR. Conseqüências da gravidez na adolescência: riscos para a saúde da mãe e do recém-nascido [dissertação mestrado]. Recife: Departamento Materno-Infantil, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.
19. Vitale SS, Brasil AL, Nóbrega FJ. Recém-nascidos de mães adolescentes de baixo nível socioeconômico. *Rev Paulista Pediatr* 1997; 15: 17-23.
20. Mariotoni GGB, Barros Filho AA. Gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? *J Pediatr (Rio J)* 1998; 74: 107-13.
21. Aquino-Cunha M, Queiroz-Andrade M, Tavares-Neto J, Andrade T. Gestação na adolescência: relação com o baixo peso ao nascer. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24: 513-9.
22. Simões VMF, Da Silva AAM, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev Saúde Pública* 2003; 37: 559-65.
23. Silva AAM, Gomes UA, Bettiol H, Dal Bo CMR, Mucilio G, Barbieri MA. Associação entre idade, classe social e hábito de fumar maternos com peso ao nascer. *Rev Saúde Pública* 1992; 26: 150-4.
24. Halal IS, Victora CG, Barros FC. Determinantes do hábito de fumar e de seu abandono durante a gestação em localidade urbana na região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1993; 27: 105-12.
25. Horta BL, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Menezes AMB. Tabagismo em gestantes de área urbana da região sul do Brasil: 1982 a 1993. *Rev Saúde Pública* 1997; 31: 247-53.
26. OMS (Organização Mundial da Saúde). *Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.*
27. Nomura RMY, Zugaib M. A cesárea eletiva como opção ao parto vaginal. *Femina* 2005; 33: 527-33.
28. Santos SR, Schor N. Vivência da maternidade na adolescência precoce. *Rev Saúde Pública* 2003; 37: 15-23.

Recebido em 24 de julho de 2004

Versão final apresentada em 13 de novembro de 2006

Aprovado em 22 de novembro de 2006