

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL DAS MÃES E DE SUA GESTAÇÃO

ADOLESCENT PREGNANCY: PROFILE OF MOTHERS AND YOUR PREGNANCY

KELI REGIANE TOMELERI DA FONSECA PINTO¹, CÁTIA CAMPANER FERRARI BERNARDY², FERNANDA RISSARDI DE MORAIS³, KAREN GOMES⁴, MARIA ELISA WOTZASEK CESTARI⁵, THELMA MALAGUTTI SODRÉ⁶

1. Enfermeira Obstétrica. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL); 2. Enfermeira Obstétrica. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL); 3. Enfermeira. Residente em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL); 4. Enfermeira Obstétrica. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL); 5. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL); 6. Enfermeira Obstétrica. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

* Universidade Estadual de Londrina – Centro de Ciências da Saúde. Avenida Robert Koch, 60, Vila Operária. CEP 86038-350. Londrina, Paraná, Brasil. tomeleri@yahoo.com.br

Recebido em 08/05/2016. Aceito para publicação em 17/07/2016

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil sociodemográfico das mães adolescentes e, as características da sua gestação e de seus neonatos. **Métodos:** estudo transversal descritivo com dados obtidos das Declarações de Nascidos Vivos, coletados pelo Sistema Nacional de Nascidos Vivos/SINASC, de Londrina, Paraná, Brasil, no ano de 2012. **Resultados:** das 1.063 adolescentes, 95,6% tinham entre 15 e 19 anos; 48,8% estavam no ensino fundamental II; 62,3% tinham companheiro; 69,8% eram brancas; 75,5% realizaram seis consultas ou mais de pré-natal. 64% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez; 58,8% tiveram parto normal e 41,2% parto cesáreo. Houve 10,7% de recém-nascidos de baixo peso e 18,2% de prematuros; o Apgar foi superior a 8 em 86,9% dos casos no primeiro minuto e 97,1% no quinto minuto. **Conclusão:** a gravidez na adolescência é um fato complexo. Em razão de suas repercussões, faz-se necessária uma ação conjunta da sociedade e também uma visão mais crítica com relação aos programas de prevenção da gravidez.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez na adolescência; Cuidado pré-natal; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to describe the sociodemographic profile of adolescent mothers, characteristics of their pregnancies and their newborns. **Method:** a descriptive cross-sectional study with data obtained from birth certificates Living/DN obtained the National System of Live Births/SINASC, of Londrina, Paraná, Brazil, in 2012. **Results:** of the 1063 adolescents, 95.6% were between 15 and 19 years; 48.8% were in elementary school II; 62.3% had a partner; 69.8% were white. 75.5% had six or more appointments. 64% began prenatal care in the first trimester of pregnancy; 58.8% had vaginal delivery and 41.2% cesarean section. It was found 10.7% of newborns with low weight and

18,2% of premature; Apgar was more than 8 in 86.9% of cases in the first minute and 97.1% in the fifth minute. **Conclusion:** teenage pregnancy is a complex fact. Due to the implications of this it is necessary an action of society and a more critical view of the pregnancy prevention programs.

KEYWORDS: Adolescent pregnancy; Prenatal care; Nursing.

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é conceituada como o período da vida situado entre os 10 e 19 anos, com duas subdivisões: uma abrange as idades de 10 a 14 anos (etapa precoce), e outra de 15 a 19 anos (etapa tardia), segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹. Trata-se de uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizada por intenso crescimento e desenvolvimento, apresentando transformações anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais².

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, o grupo de mulheres de 10 a 19 anos; representava 8,8% da população brasileira³.

Em 2009, 2,8% das meninas brasileiras entre 12 e 17 anos já tinham filhos, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), do Ministério da Saúde⁴. O Sinasc registrou declínio da participação dos nascimentos oriundos de mães dos grupos etários de 15 a 19 anos. A taxa vem apresentando queda nos últimos anos. Em 2004, esse índice estava em 3,1%. As estatísticas relativas ao ano de 2006 mostraram que do total de nascidos vivos (2.944.928), 0,9% (27.610) eram filhos de mães do grupo etário de 10 a 14 anos, e 20,6% (605.270) de mães com idade de 15 a 19 anos⁵.

As complicações relacionadas à gravidez e ao

parto estão, mundialmente, entre as principais causas de morte de adolescentes no período de 15 a 19 anos de idade⁴.

Segundo dados da OMS⁶, os índices de natalidade das adolescentes nos países subdesenvolvidos são duas vezes mais elevados em relação às taxas em países desenvolvidos. Isso ainda propicia um risco aumentado para a mãe e para seu recém-nascido (RN), se compararmos com a gestação da mulher adulta. A taxa de mortalidade materna nesse grupo etário é duas vezes mais alta que a das mulheres de 20 anos.

Conhecer a dimensão do problema de acordo com cada região possibilita a adoção de estratégias que minimizem as repercussões desfavoráveis da gravidez na adolescência e, sobretudo, direcionem a ações preventivas relacionadas ao grupo mais vulnerável para engravidar.

Nessa perspectiva, este trabalho teve por objetivos descrever o perfil sociodemográfico de mães adolescentes e, as características de sua gestação e de seus neonatos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa dos dados.

O estudo ocorreu no município de Londrina-PR, localizado a cerca de 380 quilômetros da capital paranaense. É a segunda maior cidade do Estado, com população de 506.701 mil habitantes em 2010³. Está em 6º lugar no ranking estadual do Índice de Desenvolvimento Humano⁷.

A coleta de dados foi realizada entre março e agosto de 2014, por meio das Declarações de Nascidos Vivos (DNVs) do Sinasc, pois a DNV é um documento oficial, preenchida para todos os nascidos vivos em território nacional atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou pela saúde suplementar. O Sinasc está disponível no Município desde setembro de 1993.

Para a obtenção das informações do estudo, elaborou-se um formulário com questões fechadas relativas ao perfil sociodemográfico das adolescentes, suas trajetórias pré-natais, seus partos e dados do RN com base nas informações fornecidas nas DNVs.

Analisaram-se as características das mães e dos RNs pelas variáveis sociodemográficas maternas (idade, estado civil, escolaridade, cor), variáveis relacionadas à gestação e ao parto (duração da gestação em semanas, número de consultas de pré-natal, mês em que iniciou o pré-natal, tipo de gravidez, apresentação fetal, se o trabalho de parto foi induzido e tipo de parto), e pelas variáveis relacionadas ao RN (sexo, peso ao nascimento, escala de Apgar no primeiro e quinto minuto e presença de anomalia genética).

Os resultados obtidos foram inseridos e analisados na base de análise de dados Epi Info e estão expressos em

faixa de variação dos dados ou porcentagem, conforme considerado na avaliação estatística.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, sob o Parecer n.º 027/2014, o qual atendeu às exigências do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo assim à Resolução n.º 466/2012 que trata de pesquisa envolvendo seres humanos⁸.

3. RESULTADOS

No período de janeiro a dezembro de 2012, ocorreram 7.154 nascimentos de neonatos vivos em Londrina. Desses, 1.063 (14,8%) eram filhos de mães adolescentes.

Tabela 1. Características sociodemográficas das adolescentes no município de Londrina, segundo dados do Sinasc 2012.

Variáveis	N	%
Idade gestacional no momento do parto		
≤ 30 semanas	20	1,9
31 – 37 semanas	173	16,3
38 – 42 semanas	792	74,5
> 42 semanas	69	6,5
Ignorado	9	0,8
Nº de consultas de pré-natal		
≥ 6 consultas	803	75,5
≤ 5 consultas	255	24,1
Ignorado	5	0,4
Mês em que iniciou o pré-natal		
Até 3º mês	679	64,0
Após o 3º mês	346	32,5
Ignorado	38	3,5
Tipo de gravidez		
Única	1.057	99,4
Dupla	6	0,6
Apresentação		
Cefálica	1.035	97,4
Pélvica ou podálica	27	2,5
Transversa	1	0,1
Trabalho de parto induzido		
Sim	364	34,2
Não	696	65,5
Ignorado	3	0,3
Tipo de Parto		
Vaginal	624	58,8
Cesáreo	439	41,2
Cesárea ocorreu antes de o trabalho de parto iniciar		
Sim	210	19,8
Não	223	21,0
Não se aplica	624	58,7
Ignorado	6	0,5

Observa-se que a grande maioria das mães adolescentes está na faixa etária dos 15 aos 19 anos (95,6%), dessas 46,2% possuem escolaridade inferior

se comparada com a série correspondente à sua idade, que deveria ser o Ensino Médio.

Em relação à situação conjugal constatou-se que 62,3% estão junto com o companheiro, sendo 45,5% em união estável e 16,8% casadas.

Em relação à cor materna, 69,8% eram brancas e 23,6% eram pardas, tendo como minoria as adolescentes pretas, amarelas e indígenas.

Na Tabela 2 estão retratadas as características referentes à gestação das adolescentes. Em relação à duração da gestação, 74,2% delas chegou ao termo. A prematuridade ocorreu em 18,2%, dos quais 1,9% foi de nascimentos prematuros com idade gestacional abaixo de 30 semanas.

Observou-se que em relação à adesão ao pré-natal, 75,5% das mães realizaram o número adequado de consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde⁹, que propõe o ideal de seis consultas ao longo dos três trimestres de gestação.

Tabela 2. Características pertinentes à gestação das adolescentes de Londrina, segundo dados do Sinasc, 2012.

Variáveis	N	%
Idade Materna		
10-14 anos	47	4,4
15-19 anos	1,016	95,6
Escolaridade		
Fundamental I (1ª a 4ª série)	21	1,9
Fundamental II (5ª a 8ª série)	518	48,8
Médio (antigo 2º grau)	489	46,2
Superior incompleto	31	2,9
Superior completo	2	0,1
Ignorado	2	0,1
Situação Conjugal		
Solteira	395	37,2
Casada	177	16,8
Viúva	2	0,1
Separada	3	0,2
União estável	483	45,5
Ignorada	3	0,2
Cor da mãe		
Branca	740	69,8
Preta	38	3,5
Amarela	4	0,3
Parda	250	23,6
Indígena	10	0,9
Ignorada	21	1,9

Sobre o mês de início do pré-natal, 64% das adolescentes começaram as consultas no primeiro trimestre.

Constatou-se que 99,4% das gestações foram constituídas de um único feto, predominando a apresentação fetal cefálica.

Identificou-se que 34,3% dos partos foram induzidos, sendo que 58,8% foram parto normal, e 41,2% cesáreas. Outro dado obtido foi que, quanto às cesáreas, 48% foram realizadas após o início do trabalho de parto.

No tocante às variáveis relacionadas ao RN, demons-

tradas na Tabela 3, não houve diferença significativa quanto ao sexo, nos dois grupos, com discreta predominância do sexo masculino.

Com relação ao peso do RN, 10,7% das adolescentes tiveram filhos com peso igual ou menor que 2.500 gramas, considerado baixo peso.

Os dados referentes ao índice de Apgar no primeiro e no quinto minutos de vida foram respectivamente, 86,9% e 97,1% entre 8 e 10 pontos.

Observou-se que dentre esses neonatos somente 0,4% apresentou alguma anomalia genética.

Tabela 3. Características referentes aos recém-nascidos de mães adolescentes de Londrina, segundo dados do Sinasc, 2012.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	562	52,6
Feminino	507	47,4
Peso ao Nascer		
≤ 1000g	11	1,0
1001 - 1500g	12	1,1
1501 - 2500g	92	8,6
2501 - 3800g	870	81,4
> 3800g	84	7,9
Índice de Apgar		
1º minuto		
0	6	0,6
1 - 5	57	5,3
6 - 7	75	7,0
≥ 8	928	86,9
Ignorado	3	0,2
5º minuto		
1 - 5	7	0,6
6 - 7	22	2,1
≥ 8	1.038	97,1
Ignorado	2	0,2
Detectada alguma anomalia ou defeito congênito		
Sim	4	0,4
Não	1.045	97,7
Ignorado	20	1,9

4. DISCUSSÃO

No que concerne à escolaridade, o resultado obtido corrobora o encontrado em outro estudo. 38,8% de puérperas adolescentes cursando o Ensino Médio, já que a maioria (61,2%) delas cursava o Ensino Fundamental, apesar de ter idade para estar no Ensino Médio¹⁰.

Em 2009, 13% dos adolescentes de 10 a 14 anos tinham atraso escolar superior a dois anos. No mesmo ano, do total dos 2,3 milhões de concluintes do Ensino Fundamental, 1,09 milhão (ou mais de 47%) tinham entre 15 e 17 anos e encontravam-se atrasados em sua educação formal¹⁴.

Estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada mostram que, no Brasil, em 2008, entre as meninas com idade de 10 a 17 anos sem filhos, 6,1% não

estudavam. Na mesma faixa etária, entre as adolescentes que tinham filhos, essa proporção chegava a impressionantes 75,7%. Dentre essas mesmas meninas que já eram mães, 57,8% não estudavam nem trabalhavam¹¹.

Evidencia-se, desse modo, a frequente relação entre gravidez e abandono escolar, o que gera uma piora das condições socioeconômicas dessas adolescentes, restringe suas possibilidades na qualificação e inserção no mercado de trabalho cada vez mais exigente, e, como consequência, causa uma dependência do companheiro ou da família.

Em relação à situação conjugal, constatou-se que 62,1% estão junto com o companheiro, assim como traz outro estudo¹².

Em relação à cor materna, houve discordância com a literatura, a exemplo disso, um estudo apontou que houve maior incidência de mães adolescentes da raça negra e parda¹³.

A incidência de prematuridade na adolescência neste estudo (18%) foi maior que a observada em um estudo realizado em Feira de Santana, na Bahia, que era de 13,5%¹⁴, também mais elevada do que o resultado apresentado por outros autores, de 15,2% em adolescentes primigestas e 18,9% em multigestas¹⁵.

A idade materna precoce pode ser um fator de risco biológico para o trabalho de parto pré-termo. Entretanto, a prematuridade observada entre gestantes adolescentes poderia estar relacionada ao cuidado pré-natal inadequado, comum nessa faixa etária, ou ainda, que a maior incidência de prematuridade entre adolescentes está correlacionada ao baixo nível educacional e socioeconômico¹⁶. Neste estudo, evidenciaram-se altas taxas de parto prematuro, quando comparadas com outros estudos, apesar de a maioria das adolescentes ter um número adequado de consultas de pré-natal e ter iniciado precocemente esse acompanhamento. Constatou-se, em contrapartida, um baixo nível de instrução escolar das mães adolescentes o que pode ter influenciado no aumento dos partos prematuros na população estudada.

Em relação ao número de consultas de pré-natal, o resultado do presente estudo (75,5%) corrobora o estudo de uma população de uma cidade do Rio Grande do Sul¹⁷, em que 75,3% das entrevistadas tiveram seis ou mais consultas.

A respeito do começo do pré-natal, o resultado deste estudo reforça os achados de outro estudo que foram de 58,5%¹⁸. A realização de um pré-natal adequado é fator de proteção e conseqüentemente acaba por reduzir os índices de mortalidade materna e perinatal¹⁹.

Quanto ao tipo de parto, pode-se dizer que houve número elevado de cesarianas, contudo a OMS preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Essa determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de partos

apresentam indicação precisa de cesariana²⁰. Tratando-se da indução do trabalho de parto, essa intervenção pode ser necessária para garantir a segurança da mãe e do concepto. Em vista disso, é frequente a sua realização em diversas situações clínicas²¹. Conclui-se que o parto cesáreo foi indicado após o início do trabalho de parto em mais de 40% dos casos, em razão de alguma intercorrência.

Os dados concernentes ao peso ao nascer mostraram que 10,7% dos RNs nasceram com até 2.500g. Esse resultado se aproximou de um estudo que entrevistou 3.009 puérperas na região Nordeste entre 2011 e 2012, quando 9,7% apresentaram conceptos com baixo peso ao nascimento²². O peso ao nascer é considerado um bom indicador do nível de saúde das populações. Assim, neste estudo, verificou-se que a maioria das crianças nasceu com peso adequado.

Os resultados sobre o índice de Apgar se revelaram melhores dos que os encontrados por outros autores, com 75,6% dos RNs com índice de Apgar entre 8 e 10 pontos no primeiro minuto, e os que nasceram com índice de Apgar menor que 7 representaram 13,2% dos nascidos. Neste estudo, o Apgar foi superior a 8 em 86,9% dos casos no primeiro minuto, e 8% nasceram com Apgar igual ou menor que 7²³.

Há concordância de que um escore de Apgar entre 7 e 10 significa uma criança saudável e que dificilmente terá problemas futuros. Já um escore menor que 7, é considerado indicativo de asfixia perinatal. Há diferentes níveis de escore de Apgar baixo, (anóxia leve, moderada e grave). Se por um lado, depende da maturidade fetal, por outro depende também das condições maternas²⁴.

Em relação às anomalias genéticas, encontrou-se uma porcentagem muito abaixo das encontradas na literatura²⁵. As anomalias congênitas são defeitos na forma, estrutura e/ou função de órgãos, células ou componentes celulares presentes antes do nascimento e surgidas em qualquer fase do desenvolvimento fetal. Podem ser identificáveis durante a gestação ou na fase neonatal

5. CONCLUSÃO

O estudo identificou que a maioria das mães adolescentes possui atraso escolar, estando entre a 5ª e 8ª série, prevalecendo o número de adolescentes com companheiro e de cor branca. Mais da metade realizou o número de consultas de pré-natal preconizadas e o iniciou no primeiro trimestre. Mais da metade das adolescentes tiveram partos normais e sem indução. O número de neonatos do sexo masculino teve ligeira vantagem sobre o feminino. Mais de 70% tiveram Apgar >8 no primeiro e quinto minutos e uma parcela ínfima dos neonatos tiveram alguma anomalia genética.

A gravidez na adolescência se torna um fato de alta

complexidade, pois está relacionada a fatores sociais, econômicos, educacionais e comportamentais, o que acaba por ocasionar problemas e desvantagem.

Faz-se necessário que a informação quanto às implicações de uma gravidez precoce chegue aos adolescentes. É de extrema importância que eles reflitam a respeito de suas possibilidades de perspectivas positivas para o futuro, como a conclusão dos estudos, a qualificação profissional e o exercício de sua cidadania. Isso só ocorrerá quando a sociedade estiver envolvida juntamente com a participação dos pais, professores e profissionais de saúde. É necessário também um olhar mais crítico sobre os programas de prevenção da gestação na adolescência, pondo em foco a importância da educação sexual, da informação sobre uso de métodos contraceptivos, da realização de palestras educativas sobre os fatores que contribuem para a ocorrência da gravidez. Desenvolvendo um trabalho preventivo com direcionamento para a realidade cotidiana dos adolescentes, será possível ofertar estratégias eficazes de planejamento familiar, satisfazendo as demandas de cada núcleo social.

REFERÊNCIAS

- [1] Organização Mundial da Saúde. Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação. Genebra: Organização Mundial de Saúde [Internet]. 1989 [cited 2014 July 21]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_11.pdf.
- [2] Rodrigues RM. Gravidez na adolescência [Internet]. Rev Nascer e Crescer. 2010 [cited 2014 July 25]; 19(3): S201. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v19n3/v19n3a21.pdf>.
- [3] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. Resultados do universo [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 20]. Available from: <http://www.ibge.gov.br>.
- [4] Fundo das Nações Unidas para a Infância. O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades / Fundo das Nações Unidas para a Infância [Internet]. 2011 [cited 2014 Aug 30]. Available from: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf.
- [5] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil [Internet]. 2009 [cited 2014 Sept 18]. Available from: <http://www.ibge.gov.br>.
- [6] World Health Organization. Adolescent pregnancy [Internet]. 2008 [cited 2014 Sept 24]. Available from: www.who.int/entity/making_pregnancy_safer/documents/note_adolescent_pregnancy/en/http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/mpsnnotes_2_lr.pdf.
- [7] Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 14]. Available from: <http://www.pnud.org.br/atlas/>.
- [8] Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466. 2012. Brasília: CNS; 2012.
- [9] Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.
- [10] Meincke SMK, Oliveira MRP, Trigueiro DRSG, Carraro TE, Gondim ETC, Collet N. Socio-Economic and Demographic Profile of Adolescent Mothers. Cogitare Enferm [Internet]. 2011 [cited 2014 Aug 20]; 16(3): 486-91. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/21561/16234>.
- [11] Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Dados e indicadores sobre distribuição de renda, pobreza, educação, saúde, previdência social e segurança pública [Internet]. [cited 2014 sept 10]. Available from: <http://www.ipeadata.gov.br/>.
- [12] Nery IS, Mendonça RCM, Gomes IS, Fernandes ACN, Oliveira DC. Relapse into pregnancy in adolescents from Teresina, PI, Brazil. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 [cited 2014 July 29]; jan-fev; 64(1): 31-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a05.pdf>.
- [13] Silva KS, Rozenberg R, Bonan C, Chuva VCC, Costa SF, Gomes MASM. Repeated pregnancy among adolescents and social vulnerability in Rio de Janeiro (RJ, Brazil): data analysis of Information System on Live Births. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [cited 2014 Aug 16]; 16(5): 2485-2493. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a18v16n5.pdf>.
- [14] Santos NLAC, Costa MCO, Amaral MTR, Vieira GO, Bacelar EB, Almeida AHV. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [cited 2014 Sept 9]; 19(3): 719-726. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00719.pdf>.
- [15] Viellas EF, Gama SGN, Theme Filha MM, Leal MC. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 10]; 15(3): 443-54. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v15n3/01.pdf>.
- [16] Lizarelli PM, Patta MC, Rodrigues R, Berezowski A, Duarte G. Resultados perinatais e maternos de gestantes adolescentes. Rev Bras Med [Internet]. 2009 [cited 2014 Aug 30]; 125-129. Available from: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=4010&fase=imprime.
- [17] Gonçalves CV, Cesar JA, Mendonza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 [cited 2014 Sept 21]; 25(11):2507-2516, Nov.
- [18] Faria DGS, Zanetta DMT. Profile of adolescent mothers in São José do Rio Preto/Brazil and prenatal care. Arq Ciênc Saúde [Internet]. 2008 [cited 2014 July 27]; jan-mar;15(1):17-23.
- [19] Oliveira EFV, Gama SGN, Silva CMFP. Teenage pregnancy and other risk factors for fetal and infant mortality in the city of Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2014 Aug 18]; 26(3):567-578. Available from:

- <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n3/14.pdf>.
- [20] Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.
- [21] Souza ASR, Costa AAR, Coutinho I, Neto CN, Amorim MMR. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. Rev Femina [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 2]. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>.
- [22] Almeida AHV, Costa MCO, Gama SGN, Amaral MTR, Vieira GO. Baixo peso ao nascer em adolescentes e adultas jovens na Região Nordeste do Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2014 Set [citado 2015 Jun 30]; 14(3): 279-286. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000300279&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292014000300009>.
- [23] Santos GHN, Martins MG, Sousa MS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2008 [cited 2014 Sept 4]; 30(5):224-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n5/a04v30n5>.
- [24] Santos LM, Pasquini VZ. A importância do Índice de Apgar. Rev Enferm UNISA [Internet]. 2009 [cited 2014 Sept 6]; 10(1): 39-43. Available from: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-1-08.pdf>.
- [25] Brito VRS, Sousa FS, Gadelha FH, Souto RQ, Rego ARF, França ISX. Congenital malformations and maternal risk factors in Campina Grande-Paraíba. Rev Rene Fortaleza [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 9]; 27-36. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/370/pdf>.