

Fátima Regina Dias
de Miranda¹

Stella R. Taquette²

Denise Leite Maia
Monteiro³

Mariangela Nogueira
Blanco⁴

Adriana de Oliveira
Rodrigues⁵

Pré-natal na adolescência: uma revisão crítica

Prenatal care during adolescence: a critical review

> RESUMO

Objetivo: Realizar uma revisão crítica e comentada de trabalhos cujo foco principal foi a assistência pré-natal à adolescente, a fim de subsidiar políticas públicas de saúde para este estrato populacional. **Fontes de dados:** Revisão bibliográfica de documentos oficiais do MS e OMS, de livros-texto sobre o tema e de publicações eletrônicas indexadas dos últimos cinco anos. Para a identificação de publicações no Medline, foi utilizada a seguinte estratégia de busca: *Search:* ("Atendimento Pré-natal"[Mesh]) e "Adolescente"[Mesh]) e "Gravidez na Adolescência"[Mesh] Limites: Humanos, Feminino, Inglês, Francês, Espanhol, Português, publicado nos últimos 5 anos. **Síntese dos dados:** Selecionaram-se 20 artigos para a elaboração deste estudo e revisaram-se 11 documentos oficiais e 2 livros-texto. Os principais temas identificados foram: anemia, pré-eclâmpsia, baixo peso ao nascimento e prematuridade e assistência pré-natal. **Conclusão:** A maioria dos estudos relaciona a gravidez na adolescência com aumento na ocorrência de anemia materna e doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), no que se refere às intercorrências maternas; e o baixo peso ao nascimento (BPN) e o parto prematuro (PP), no que tange às complicações neonatais. Foi observado que a anemia, o BPN e o PP parecem guardar relação com a gestação na adolescência, enquanto a associação entre a idade materna e a ocorrência de DHEG não se estabeleceu. Os diversos trabalhos revisados apontam a assistência pré-natal como agente fundamental da promoção do bem-estar materno e fetal, comprovando que sua realização traz melhor resultado perinatal.

> PALAVRAS-CHAVE

Assistência pré-natal, adolescente, saúde, saúde sexual e reprodutiva.

> ABSTRACT

Objective: To present an annotated critical review of studies whose primary focus is prenatal care for adolescents, in order to underpin public health policies for this segment of the population. **Data Sources:** A review of official documents issued by the Brazilian Ministry of Health and the World Health Organization (WHO), textbooks on this subject and electronic publications indexed during the past five years. The following search strategy was used to identify publications in the

¹Professora Auxiliar de Obstetrícia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Médica e coordenadora do Pré-natal e Pós-natal do Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas – PGCM – da Faculdade de Ciências Médicas – FCM – da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Doutora em Medicina. Professora Associada da Faculdade de Ciências Médicas – FCM – e do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – NESA – da Faculdade de Ciências Médicas – FCM – da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³Doutora em Ciências – Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Professora Adjunta de Obstetrícia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴Mestre em Ciências – Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas – PGCM – da Faculdade de Ciências Médicas – FCM – da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Médica obstetra e coordenadora do Alojamento Conjunto do Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁵Assistente Social e Pesquisadora bolsista pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Fátima Regina Dias de Miranda (fa-miranda@ig.com.br) – Rua Araujo Leitão, nº 428, apto. 303, Engenho Novo – Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 20715-310.

Recebido em 14/09/2012 – Aprovado em 01/12/2012

Medline database: Search: ("Prenatal Care"[Mesh]) and "Adolescent"[Mesh]) and "Pregnancy in Adolescence"[Mesh] Limits: Humans, Female, English, French, Spanish, Portuguese, published in the last 5 years. **Data synthesis:** Twenty papers were selected for the preparation of this study, together with reviews of eleven official documents and two textbooks. The main topics identified were: anemia, preeclampsia, low birth weight, preterm births and prenatal care. **Conclusion:** Most studies related teen pregnancy to higher rates of maternal anemia and hypertensive disorders of pregnancy (HDP), in terms of maternal complications; and low birth weight (LBW) and preterm delivery (PD) for neonatal complications. It was noted that anemia, LBW and PP seem to be related to teenage pregnancy, while the association between maternal age and the incidence of HDP was not established. These studies indicated prenatal care as a fundamental agent for promoting maternal and fetal well-being, proving that this approach leads to better perinatal outcomes.

> KEY WORDS

Prenatal care, adolescent, health, sexual and reproductive health.

> INTRODUÇÃO

Segundo definição do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia e da Academia Americana de Pediatria, a assistência pré-natal (PN) é um programa de atenção envolvendo não só cuidados médicos, mas também apoio psicossocial, devendo ser iniciado, idealmente, antes da concepção e ocorrer durante todo o período anteparto¹.

Uma em cada cinco brasileiras tem o primeiro filho antes dos 20 anos, proporção que vem se mantendo constante nos últimos 10 anos, apesar da queda de 12% na fecundidade observada em todo o país².

O acompanhamento pré-natal é universalmente reconhecido como um dos fatores determinantes para a evolução normal da gravidez. O objetivo final da assistência PN é reduzir morbimortalidade materno-fetal¹. Quanto melhor sua qualidade, mais favorável será o resultado, com diminuição das taxas de mortalidade materna e perinatal³. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), para que o acompanhamento seja considerado adequado deverá ser iniciado no primeiro trimestre e registrar um mínimo de seis consultas^{4, 5}.

A assistência pública de saúde no Brasil ainda não disponibiliza este acompanhamento antes da gravidez. Desta forma, trataremos aqui da assistência pré-natal somente após a concepção.

As maiores causas de óbito materno no Brasil e no mundo são as hemorragias, a hiperten-

são e a infecção. A mortalidade materna é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil. Um dos aspectos mais importantes da morte materna é que esta se constitui numa tragédia evitável em 92% dos casos⁶. Dados oficiais registraram durante o ano de 2010, 1.719 mortes maternas no Brasil, sendo 273 óbitos entre adolescentes⁷. Vale destacar que, além de altos, os índices de mortalidade materna no Brasil são subnotificados, já que o percentual de mortalidade materna registrado no Sistema de Informação sobre Mortalidade é menor do que o computado quando se utilizam outros sistemas de notificação, como o de Informações sobre Nascidos Vivos e o de Informações Hospitalares⁸.

Apesar de a adolescência ser uma etapa saudável da vida, vem adquirindo destaque na área de saúde devido aos problemas relacionados ao exercício da sexualidade, como as gestações não esperadas e as doenças sexualmente transmissíveis (DST)⁹. Os dados epidemiológicos da AIDS apontam para uma feminização da doença e maior número de notificações entre os adultos jovens. Tendo em vista o longo tempo de latência da doença, a infecção ocorre, provavelmente, durante a adolescência. Em jovens do sexo feminino, há a predominância de casos de transmissão heterossexual^{9,10}. O acompanhamento pré-natal adequado da gestante portadora do vírus HIV é fundamental na prevenção da transmissão vertical, com a utilização de terapêutica antirretroviral a partir da 14ª semana de gravidez e durante o parto, assim como a programação da via de parto recomendada para cada caso¹¹.

A importância das consultas de pré-natal parece já estar consolidada no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, nos últimos anos vem ocorrendo um aumento no número destas consultas. O número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS passou de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,1 consultas por parto em 2003¹². Por outro lado, o monitoramento da assistência pré-natal ainda demonstra comprometimento da sua qualidade, fato que pode ser evidenciado pela incidência de sífilis congênita, ainda alta em nosso meio.

A grande maioria das gestações nesta fase, embora possa ter sido desejada, mesmo que de forma inconsciente, não foi planejada. A adolescência está relacionada à maior ocorrência de parto prematuro (PP) e baixo peso ao nascimento (BPN) e ao PN inadequado, que implica em menor número de consultas PN, início mais tardio do PN e baixa realização de exames complementares. Outro fato relacionado é a falta de informações sobre os benefícios do PN e a vergonha em buscar cuidados médicos, principalmente entre adolescentes mais pobres. As adolescentes amamentam por período menor de tempo. Isso tudo resulta em maior mortalidade infantil entre seus filhos².

Em síntese, a gravidez não planejada na adolescência, a procura tardia do acompanhamento pré-natal e suas consequências, demonstram a necessidade do investimento em políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva na adolescência. Este estudo tem por objetivo a revisão crítica e comentada de trabalhos cujo foco principal é a assistência pré-natal à adolescente, a fim de subsidiar políticas públicas de saúde para este estrato populacional.

> FONTES DE DADOS

Foi feita revisão da literatura, com pesquisa na mídia digital. Para a identificação de publicações no Medline (por meio do Pubmed), foi utilizada a seguinte estratégia de busca: *Search: ("Prenatal Care"[Mesh]) e "Adolescent"[Mesh]* e

"Pregnancy in Adolescence"[Mesh] Limits: Humans, Female, English, French, Spanish, Portuguese, published in the last 5 years.

Para a busca no Lilacs, SciELO, Cochrane, e Google acadêmico, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: *prenatal care, pregnancy, adolescence, assistência pré-natal, gravidez e adolescência.* A busca totalizou 70 artigos publicados de 2007 a 2011, 11 trabalhos foram excluídos por sobreposição, restando 59 que foram avaliados obedecendo aos critérios de exclusão e inclusão pré-estabelecidos, resultando na seleção de 20 artigos para a elaboração deste estudo. Foram considerados como critérios de inclusão para a seleção dos artigos:

- que os estudos abordassem a gravidez na adolescência;
- que os artigos fossem escritos na língua inglesa, portuguesa, espanhola e francesa.

Foram excluídos os estudos nos quais não foi possível acessar os textos completos, que avaliaram exclusivamente pacientes no puerpério, que abordavam outros aspectos que não o pré-natal e que estivessem em outras línguas estrangeiras.

SÍNTESE DOS DADOS <

Dos 59 artigos selecionados, 20 preencheram os critérios de inclusão (Figura 1).

Após leitura crítica, foram classificados segundo o tema mais relevante abordado, dando origem a quatro categorias, apresentadas e debatidas a seguir:

1. Anemia
2. Pré-eclâmpsia
3. Baixo peso ao nascimento e prematuridade
4. Assistência pré-natal

Anemia

Diversos estudos vêm correlacionando a maior incidência de anemia com a gravidez na adolescência, quando comparada a essa incidência em gestantes adultas, tendo sido uma das complicações mais observadas entre as jovens.

Esta ocorrência esteve significativamente associada à realização de PN inadequado, que foi referido como capaz de aumentar em 1,5 vez a possibilidade de anemia. Esta pode ser resultante da baixa ingestão calórica e de maus hábitos alimentares e pode até estar presente mesmo antes da gravidez, em razão do pior status nutricional pré-gestacional^{13, 14}. Os estudos sugerem que a gravidade da anemia também se relaciona com a idade da gestante, com as adolescentes apresentando maior risco de anemia severa, enquanto que a anemia moderada seria mais frequente entre as mulheres com mais de 20 anos¹⁵.

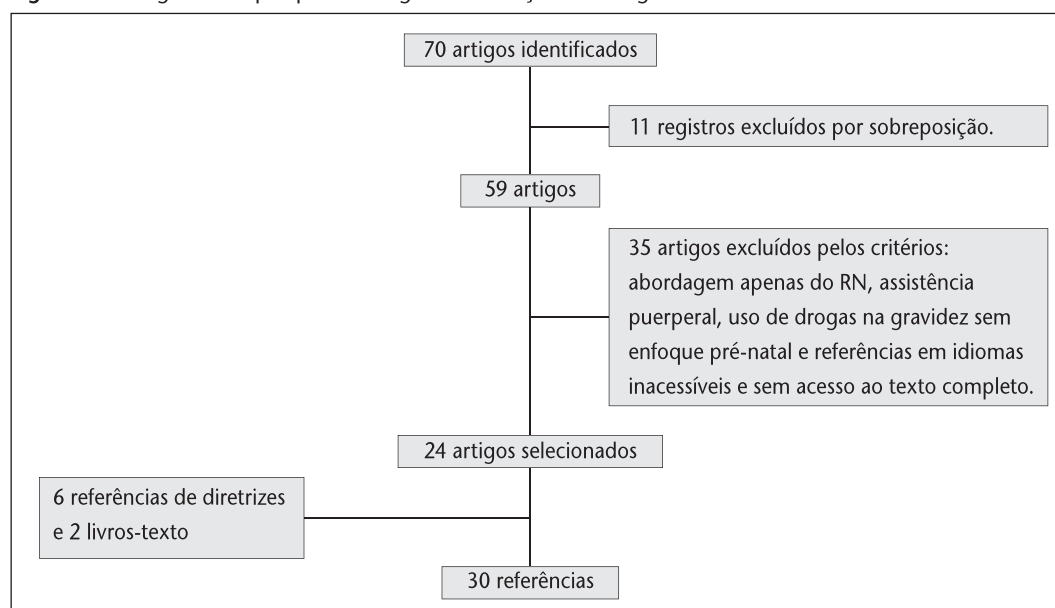
Esta ocorrência não se limita aos países em desenvolvimento, já que estudo realizado em hospital universitário francês, durante um período de sete anos, analisando apenas gestações únicas em primíparas, revelou que a anemia aumentou significativamente com a baixa idade materna. Os autores enfatizaram que esta época da vida requer mais ferro em função do crescimento do próprio organismo da jovem. As reservas de ferro antes da gravidez já colocariam as adolescentes em maior risco¹⁶.

Pré-eclâmpsia

Durante muito tempo a pré-eclâmpsia foi relacionada com a idade materna; atualmente a associação mais comprovada é com a paridade, no entanto, ainda persistem dúvidas em relação à participação da baixa idade materna com esta ocorrência. Investigação tipo caso-controle, pareada por idade e local do parto, realizada na Malásia, tendo como o critério de exclusão a presença de doenças pré-existentes, não observou associação entre a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) e a idade materna inferior a vinte anos¹⁷.

Outros estudos também falharam em estabelecer a relação entre idade materna precoce e DHEG, em especial quando corrigido o fator paridade, por vezes observando que a baixa idade poderia conferir fator de proteção à doença¹⁶. Algumas pesquisas até verificaram esta associação, em especial com a eclâmpsia, porém não em caráter significativo^{18, 19}. Existem estudos que associaram a DHEG leve com gestantes com mais de 20 anos, enquanto adolescentes apresentariam maior risco de eclâmpsia. Os autores levantaram a hipótese destes resultados se deverem ao PN inadequado¹⁵.

Figura 1. Fluxograma da pesquisa bibliográfica e seleção dos artigos.



Baixo peso ao nascimento e parto prematuro

O peso de nascimento menor entre as adolescentes quando comparado às adultas foi observado por pesquisadores diversos, mesmo quando estudadas apenas as primíparas^{18, 19, 20, 21}. Já no que se refere ao PP, não houve diferença significativa entre as gestantes de diferentes idades²⁰. Após análise multivariada, o parto prematuro e o número de consultas PN inferior a três foram as únicas variáveis que continuaram apresentando associação significativa com BPN. Pesquisa realizada na África Central verificou que a probabilidade de parir um RN de baixo peso foi mais do que o dobro para adolescentes com menos de 16 anos e se manteve superior, mesmo após ajuste para PP, paridade e outros riscos pré-estabelecidos. Estes achados fornecem fortes evidências de que a gravidez na adolescência é fator de risco para BPN, podendo ser atribuído, segundo os autores, à imaturidade anatômica e ao crescimento contínuo materno, que podem representar barreiras biológicas para o feto²¹.

Outro estudo que demonstrou associação entre o mau resultado perinatal e a idade materna foi o de Khairani *et al.*, já referido anteriormente, onde observou-se relação significativa entre PP, Apgar baixo, complicações do RN nas primeiras 24 horas, BPN e gravidez na adolescência. Este estudo verificou também maior mortalidade perinatal, talvez em decorrência do aumento de PP e BPN entre as adolescentes¹⁷. A maior ocorrência de BPN poderia ser explicada pela desnutrição, já que as adolescentes apresentavam menor peso corpóreo²¹.

Pesquisa realizada na França em hospital universitário, já citada anteriormente, observou que PP, BPN e morte fetal aumentaram com a diminuição da idade da mãe, no entanto, a prematuridade e BPN não demonstraram associação significativa com a idade materna, apenas a morte fetal permaneceu significativa quando fatores de confusão foram controlados¹⁶. Já na Namíbia, ao contrário do esperado, gestantes adolescentes não se encontram em maior risco de complicações obstétricas, tendo sido o BPN maior nas primíparas mais velhas²².

Estudo retrospectivo no Paraná em 2008, que analisou todos nascidos vivos de mães entre 10-19 anos e 35 anos ou mais, com o objetivo de investigar resultados perinatais nos dois extremos da vida reprodutiva, observou que PP e BPN apresentaram curva em U, demonstrando maior frequência do evento nos extremos de idade²³.

Estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos, com um ano de duração, em que se avaliaram todos os partos de 2004, apontou BPN como significativamente maior entre adolescentes que não haviam realizado PN. Os índices de BPN foram bastante consistentes em qualquer época de início do PN, com discreto aumento entre aquelas que iniciaram muito precocemente, sugerindo que pacientes com gestação de alto risco (GAR) iniciam PN mais cedo. Esses dados sugerem que a realização de acompanhamento PN, mesmo que iniciado tardiamente, é economicamente vantajosa, em especial por conta do BPN e o gasto que resulta dele, sugerindo que é mais importante qualquer PN do que a época do seu início²⁴.

Pré-natal

Muitos autores têm relacionado as intercorrências anemia, DHEG, BPN e PP com a qualidade da assistência pré-natal. Diversos estudos demonstraram que as adolescentes não realizam PN adequado, ou seja, comparecimento a um menor número de consultas, início mais tardio do acompanhamento e baixa realização de exames complementares^{2, 14, 17, 19, 25}. O menor número de consultas e o início tardio do PN refletem características típicas desta faixa etária^{26, 27, 28}. Em alguns estudos, revelaram-se situações, dentre as adolescentes matriculadas no PN, em que nenhuma havia iniciado acompanhamento no primeiro trimestre (TM), mais da metade no segundo TM e o restante no terceiro TM¹⁹.

Vários são os motivos arrolados para justificar estas ocorrências, tais como desconhecimento sobre os serviços PN disponíveis, falta de autonomia decisória, estigmas sociais (aguardando casamento, etc.) e dificuldades financeiras. A gravidez na adolescência, planejada ou não, é

considerada de alto risco, com riscos psicológicos, fisiológicos e sociológicos. Adolescentes podem não seguir recomendações médicas corretamente, estão mais expostas à má nutrição, drogas ilícitas, fumo, álcool, estresse emocional e PN inadequado. Esses riscos podem estar associados ao pior acesso ao atendimento médico¹⁴.

Pesquisas que avaliaram apenas mulheres em atendimento PN verificaram que as adolescentes entre 10-14 anos foram as que estatisticamente frequentaram menor número de consultas PN, quando comparadas às adultas. Quando foram avaliadas somente as primíparas, as adolescentes de 10-14 anos e 15-19 anos compareceram ao pré-natal significativamente menos frequentemente do que as adultas²⁷. Ryan *et al.* observaram que uma alta proporção de adolescentes jovens, entre 10-14 anos, estão frequentando PN e que o número de consultas ultrapassa o mínimo sugerido pela OMS (quatro). Entretanto, quando comparadas àquelas com idade entre 15-19 anos ou adultas, as adolescentes jovens apresentam significativamente uma menor cobertura PN, fato que permanece mesmo quando se avaliam apenas mulheres primíparas. Este estudo confirma impressão da OMS de que as adolescentes da América Latina são genericamente bem cobertas em relação à assistência PN²⁷.

Na Nigéria, estudo demonstra que, ao contrário do descrito na literatura, a gravidez na adolescência neste país é cultural e religiosamente aceitável, com a maioria das adolescentes casada, acesso público ao PN e parto e nível de atendimento semelhante ao das mulheres mais velhas. Os resultados favoráveis entre adolescentes estão, possivelmente, relacionados à boa aceitação da gestação na adolescência neste país²¹.

Observação semelhante foi encontrada entre gestantes adolescentes na Namíbia²², que não se mostraram em maior risco de complicações obstétricas, e na Turquia²⁸, onde as adolescentes casam cedo, ficando a suposição que o mau resultado estaria relacionado ao PN inadequado e não às más condições familiares ou financeiras.

Não parece haver dúvidas de que a adequação ao PN confere proteção à gravidez, ten-

do sido considerado, em um estudo nacional, como fator que mais protegeu dos óbitos fetais e infantis^{3, 14, 24}. Em contrapartida, a não realização de PN está relacionada com maiores custos e piores resultados perinatais²⁵.

O PN pode diminuir resultado adverso da gestação na adolescência por reduzir fatores de risco oriundos do suporte educacional e social, uma vez que o acompanhamento PN inadequado pode aumentar o risco de PP de adolescentes. Para todas as adolescentes, aquelas que não realizaram PN foram as que apresentaram o maior risco para PP²⁶. Por outro lado, mulheres com mais de 100% do número ideal de consultas também apresentaram maior risco PP, provavelmente por morbidade associada, tal como hipertensão e diabetes, resultando em consultas mais frequentes²⁹.

Embora o retardo em iniciar PN esteja associado com aumento no risco de PP, o número total de consultas continuou a prever melhor esse risco, mesmo quando estratificado em relação à primeira visita PN²⁹. Este resultado persistiu quando controlados outros fatores de risco para PP. O PN inadequado foi mais fortemente associado com PP com menos de 32 semanas do que entre 32 e 36 semanas. Isto pode sugerir que existem mais causas para PP entre adolescentes que subutilizam PN ou que o PN pode evitar PP muito prematuro. Fatores como medo da reação familiar, depressão, presença de outros comportamentos de risco, inadequado acesso ao PN e pequena cobertura PN podem contribuir para PP entre adolescentes^{24, 29}.

A despeito dos achados relatados, alguns trabalhos apontam para uma relação consistente entre idade e época de início do PN. Adolescentes mais velhas teriam mais probabilidade de iniciar PN no primeiro trimestre do que as mais novas, enquanto as pré-adolescentes apresentaram maior probabilidade de iniciar PN mais tardiamente do que adolescentes mais jovens²⁸.

A impressão de que ainda são necessários mais estudos sobre o tema se confirma no achado de pesquisa iraniana, que revelou aumento do risco de crescimento intrauterino restrito (CIUR) e PP na adolescência, a despeito do PN razoável,

principalmente entre as mais jovens. Não tendo havido diferenças no número de consultas PN entre adolescentes e mulheres adultas, o PN inadequado não poderia ser responsabilizado pelo aumento de BPN e PP entre as adolescentes²⁸. Persistem dúvidas se o aumento de complicações estaria relacionado à idade ou a outros fatores relacionados, como carência de PN, uso de drogas, fumo, baixo nível de instrução e pobreza. As mulheres com PN inadequado eram mais jovens e com mais frequência solteiras, nulíparas, fumantes e com história de PP anteriores²⁸.

Ideia cada vez mais presente nos trabalhos é que um PN adequado pode minimizar efeitos adversos da gravidez na adolescência, já que os maus resultados parecem estar mais relacionados às condições sociais do que às biológicas^{14, 18}. Adolescentes que recebem boa assistência PN, apoio financeiro, emocional e psicológico da família e da comunidade tendem a apresentar resultado perinatal favorável. É possível que maiores taxas de mortalidade encontradas nos filhos de adolescentes reflitam mais as diferenças socioeconômicas e demográficas das famílias do que efeito da idade²¹.

A maior associação da maternidade na adolescência com óbitos pós-neonatais (influenciados por fatores ambientais), observada inclusive em estudo realizado no Rio de Janeiro, faz supor que haja alguma relação com a maior dificuldade da adolescente estabelecer relações afetivas com seus filhos; isso somado à baixa autoesti-

ma pode resultar em desvantagem no cuidado e no desenvolvimento da criança. Receber apoio do pai do bebê também sugere conferir proteção para óbito pós-neonatal. O BPN e PP são reconhecidos como os principais preditores da mortalidade fetal e neonatal, reforçando a importância da qualidade da assistência PN³.

CONCLUSÃO

Os diversos trabalhos apontam a assistência PN como agente fundamental da promoção do bem-estar materno e fetal, comprovando a associação da sua realização com o melhor resultado perinatal. O presente levantamento deixou claro que não basta incentivar o acompanhamento PN, sendo imprescindível que seja garantida a sua qualidade e realização, criando-se mecanismos de busca ativa das gestantes que estão fora dos serviços.

Todo profissional de saúde envolvido na assistência à adolescente deve ser capaz de reconhecer alterações de natureza psicossocial. É indispensável que os serviços disponham de outras categorias profissionais para que o acompanhamento PN supra todas as necessidades típicas deste estrato populacional.

Os dados de pesquisa apresentados reforçam a necessidade de iniciativas governamentais que estimulem a procura precoce e sistemática da assistência PN pela gestante adolescente e capacitem os profissionais neste atendimento.

REFERÊNCIAS

1. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Access to prenatal care not significantly improving pregnancy outcomes for minorities [Internet]. News Release. [2012 Oct 10] Disponível em: www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr02-28-06-1.cfm.
2. Cesar JÁ, Mendoza-Sassi RA, Gonzalez-Chica DA, Mano PS, Goulart-Filha SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(5):985-94.
3. Oliveira EF, Gama SG, Silva CM. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(3):567-78.
4. World Health Organization. Young people's health: a challenge for society. Technical Report Series 731. Geneva: World Health Organization; 1986.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

6. Bruno ZV, Carvalho AAA, Herlano FHCC. Mortalidade materna na adolescência. In: Monteiro DLM, Trajano AJB, Bastos AC. Gravidez e Adolescência. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2009. p. 69-73.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde: óbitos maternos 2010. [Internet]. 2010 [2012 Nov 4]. Disponível em: www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02052010.
8. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, Serruya SJ. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. *Rev Saude Publica*. 2007;41(2):181-9.
9. TaquetteSR. O Paradoxo da moral sexual na adolescência e as DST/AIDS. In: Taquette SR, editor. AIDS e juventude: gênero, classe e raça. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 2009. p. 135-54.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico Aids/DST. 2007;Ano4(1).
11. Cunningham FG, Williams JW. Williams Obstetrics. Nova York: McGraw-Hill; 2007.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).
13. Pattanapisalsak C. Obstetric outcomes of teenage pimgravida in Su-Ngai Kolok Hospital, Narathiwat, Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2011;94(2):139-46.
14. Thato S, Rachukul S, Sopajaree C. Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: a retrospective study. *Int J Nurs Stud*.2007;44(7):1158-64.
15. Trivedi SS, Pasrija S. Teenage pregnancies and their obstetric outcomes. *TropDoct*.2007;37(2):85-8.
16. Vienne CM, Creveuil C, Dreyfus M. Does Young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009;147(2):151-6.
17. Omar K, Hasim S, Muhammad NA, Jaffar A, Hashim SM, Siraj HH. Adolescent pregnancy outcomes and risk factors in Malaysia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010;111(3):220-3.
18. Khooshideh M, Shahriari A. Pregnancy outcome in teenagers in East Sauterne of Iran. *J Pak Med Assoc*. 2008;58:541-4.
19. Ebeigbe PN, Gharoro E P. Obstetric complications, intervention rates and materno fetal outcome in Beni City, Nigeri. *Trop Doct*. 2007;37:79-83.
20. Kurth F, BÉlard S, Mombo-Ngoma G, Schuster K, Adegnika AA, Bouyou-Akotet MK, et al. Adolescence as risk factor for adverse pregnancy outcome in Central Africa--a cross-sectional study. *PLoS One*. 2010;5(12):e14367.
21. Omole-Ohnsi A, Attah RA. Obstetric outcome of teenage pregnancy in Kano, North-western Nigéria. *West Afr J Med*. 2010;29(5):318-22.
22. Van Dillen J, Van Beijern E, Van Roosmalen J. Perinatal outcome of primíparas teenagers in northern Namibia. *Trop Doct*.2008;38:122-5.
23. Sass A, Gravena AAF, Pelloso SM, Marcon SS. Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. *Ver Gaucha Enferm*. 2011;32(2):352-8.
24. Hueston WJ, Quattlebaum RG, Benich JJ. How much money can early prenatal care for teen pregnancies save? A cost-benefit analysis. *J Am Board Fam Med*. 2008;21(3):184-90.
25. Chotigeat U, Sawasdiworn S. Comparison outcomes of sick babies born to teenage mothers with those born to adult mothers. *J Med Assoc Thai*. 2011;94 (Suppl. 3):S27-34.
26. Ryan JA, Casapía M, Aguilar E, Silva H, Joseph SA, Gyorkos TW. Comparison of prenatal care coverage in early adolescents, late adolescents, and adult pregnant women in the Peruvian Amazon. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;107(2):162-5.
27. Edirne T, Can M, Kulusari A, Yildizhan R, Adali E, Akdag B. Trends, characteristics and outcomes of adolescent pregnancy in eastern Turkey. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010;110(2):105-8.
28. Hueston WJ, GeeseyME, Diaz V. Prenatal care initiation among pregnant teens in the EUA: na analysis over 25 years. *J Adolesc Health*. 2008;42(3):243-8.
29. 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.e1-6.