

PERFIL SOCIOECONOMICO Y BIOLOGICO DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES DE UNA MATERNIDAD DE BENEFICENCIA EN SÃO PAULO, BRASIL

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 2, 1997/ 97-104

Elizabeth Fujimori*, Ida Maria Vianna de Oliveira*,
Alessandra Rocha Lima**,
Luz Marina Núñez de Cassana***,
Sophia Cornbluth Szarfarc****

SUMMARY

Social, economic and biological characteristics were studied in 155 pregnant adolescents (17.2±1.44 years old), in a prenatal care unit of a beneficent hospital. The results showed that: 80.0% of the teenagers belonged to families earning less than 2.0 minimum wage; 52.3% were single; 79.4% had less than eight years of the schooling and 84.5% had abandoned their school education; 64.5% were primiparous; 67.1% didn't use any contraceptive method and 67.7% had begun the prenatal care in second or third trimester.

Key words: Adolescent pregnancy, socioeconomic status, biological status.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue caracterizar embarazadas adolescentes en relación a algunos factores socioeconómicos y biológicos. Por entrevista, en una muestra de 155 adolescentes con edad promedio de 17,2±1,44 años, inscritas en un servicio de asistencia prenatal de una Maternidad de Beneficencia, se verificó que 80,0% de las gestantes adolescentes pertenecían a familias con ingresos *per cápita* hasta 2 salarios mínimo vital, más un tercio (36,8%) procedían de la Región Noreste, más de la mitad (52,3%) era soltera, y más de dos tercios no llegaron a completar su instrucción básica (79,4%) y habían abandonado sus estudios (84,5%). En promedio, su vida sexual la iniciaron a los 15,1±1,9 años, la mayoría era primigesta (64,5%), no utilizaba método anticoncepcional (67,1%) y habían iniciado el prenatal en el segundo o tercer trimestre (67,7%).

Palabras claves: Adolescente embarazada, perfil socioeconómico, perfil biológico.

INTRODUCCION

En Brasil, el censo de 1991 reveló que 22% de la población total estaba conformado por adolescentes (1). La preocupación por la población joven en el país se concretizó en junio de 1990 con

la aprobación de la Ley N° 8069, que dispone el Estatuto del Niño y el Adolescente. Dicho Estatuto se basa en la concepción de Protección Integral, propuesto por la Organización de las Naciones Unidas, el cual tiene como presupuestos el valor prospectivo de cada ser humano en el desa-

* Profesora Doctora del Departamento de Enfermería en Salud Colectiva, Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, Brasil.

** Bolsista de Iniciación Científica del Programa Institucional de Bolsas de Iniciación Científica del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico-PIBIC/CNPq.

*** Doctoranda de la Facultad de Salud Pública, Universidad de São Paulo, Brasil, Profesora de la Universidad Nacional de Cajamarca, Perú.

**** Profesora Asociada del Departamento de Nutrición de la Facultad de Salud Pública, Universidad de São Paulo, Brasil.

rollo, dado su carácter de "portador de la continuidad de su pueblo y su especie" (2).

Dentro de ese creciente interés por el joven, algunos aspectos sobre la salud del adolescente suscitan preocupaciones específicas, como es el caso de la gravidez en esa fase de la vida, toda vez que las adolescentes embarazadas constituyen uno de los grupos de mayor vulnerabilidad biológica y socioeconómica, con múltiples implicancias biomédicas y psicológicas (3, 4, 5, 6).

Estudios estadísticos indican que las complicaciones de la gestación, parto y puerperio están entre las principales causas de óbito en adolescentes en la América Latina, Caribe (7) y también en Brasil (8). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (9), cuanto más bajos son el ingreso familiar y el nivel educacional de los padres y de los propios adolescentes, más temprano el adolescente inicia su actividad sexual, siendo así mayor la posibilidad de engravidar precozmente. En los países subdesarrollados la madre adolescente tiene mayor riesgo de presentar complicaciones obstétricas; la probabilidad de riesgo es mayor en la población más pobre, comparado con la de mejor condición económica, evidenciándose además que algunas de esas complicaciones no están directamente relacionadas a la edad de la adolescente, sino se deben al cuidado y nutrición prenatal inadecuado (9). Sin embargo, como justificación para las estadísticas de interurrencias obstétricas y de morbimortalidad materna y perinatal son señalados factores como malnutrición, exposición a ambientes insalubres y excesivamente contaminados, bajo nivel socioeconómico, asistencia prenatal incompleta o tardía e inmadurez ginecológica.

Dentro de este contexto, interesó centrar la atención del presente trabajo en adolescentes embarazadas, distribuidas en dos grupos etáreos, según riesgo obstétrico y neonatal (10), con la finalidad de explorar sus características socioeconómicas y biológicas.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio de naturaleza transversal-descriptiva fue desarrollado de julio a octubre de 1993 en una maternidad de beneficencia, de la ciudad de São Paulo, Brasil. La muestra la conformaron 155 adolescentes (11) de 13 a 19 años (Cuadro 1), teniendo como criterios de selección la anuencia de la gestante y reunir un número mínimo muestral para cada trimestre gestacional (Cuadro 2).

Durante el control prenatal se aplicó una encuesta pretestada que contenía preguntas objetivas, la mayoría con respuestas cerradas de alternativas simples, para caracterizar a la población en relación a la situación socioeconómica y a la historia

ginecoobstétrica. Las variables observadas fueron: ingreso per cápita, procedencia, situación conyugal, tamaño de la familia, escolaridad y ocupación fuera del hogar, además de edad en la menarca y primera relación sexual, uso de anticonceptivos, número de gestaciones, edad gestacional a su primer control prenatal y en el momento de la entrevista, y consumo de tabaco.

Verificada la consistencia de los datos, éstos fueron procesados y analizados estadísticamente, utilizando el programa EpiInfo versión 5 (12). Los resultados son presentados en forma de promedio (x) ± desviación estándar (s). Para comparar variables cuantitativas se utilizó la prueba "t-student" y para determinar la asociación de las variables categóricas se empleó la chi cuadrado (χ^2). Para todas las pruebas estadísticas usadas, el nivel de significancia fue siempre alfa igual o inferior a 5%.

CUADRO 1

Adolescentes embarazadas según grupo etáreo

Edad (años)	Adolescentes	
	n	%
13	1	0,6
14	7	4,5
15	16	10,3
16	21	13,6
17	36	23,2
18	46	29,7
19	28	18,1
TOTAL	155	100

CUADRO 2

Adolescentes embarazadas según edad gestacional y grupo etáreo

Edad gestacional semanas	Grupo etáreo			
	<17		≥17	
	n	%	n	%
≤ 12	11	24,4	15	13,6
13-16	3	6,7	11	10,0
17-20	9	20,0	15	13,6
21-24	2	4,4	12	10,9
25-28	6	13,4	16	14,6
29-32	8	17,8	15	13,6
33-36	4	8,9	14	12,8
≥ 36	2	4,4	12	10,9
TOTAL	45	100	110	100

RESULTADOS

El presente estudio fue desarrollado en una población homogénea y comparable entre los grupos etáreos, pese a que la proporción de madres adolescentes más jóvenes fue menor que las madres del grupo de más edad. La Tabla 1 muestra las características socioeconómicas y demográficas de las gestantes estudiadas. Ellas destacan que 80% de las familias de las embarazadas tenían menos de 2,0 salarios mínimos como ingreso y más de un tercio de ellas (36,8%) procedían de la región más pobre de Brasil. El tamaño de la familia de las adolescentes más jóvenes fue significativamente mayor que del grupo de más edad. A pesar de que 47,7% eran casadas legalmente o tenían consentimiento de compañero, sólo 36,1% constituyeron núcleo familiar con su compañero. La mayoría ya había abandonado la educación formal (84,5%) sin haber concluido su instrucción básica de ocho años (79,4%), aunque la proporción de mujeres ocupadas fuera del hogar era pequeña (21,9%).

Las características biológicas (Tabla 2) muestran que el promedio de edad de las adolescentes fue $17,2 \pm 1,44$ años, la edad de la menarca y de la primera relación sexual tuvo diferencia significativa entre ambos grupos de estudio. Dos tercios de la población no utilizaba método anticonceptivo, habían iniciado su control prenatal en el segundo o tercer trimestre gestacional y eran primigestas, no obstante el grupo de más edad tuvo hasta tres gestaciones previas. También dos tercios de las adolescentes (65,9%) con más de 20 semanas de gestación no fueron suplementadas con hierro y más de un tercio de las adolescentes menores de 17 años fumaban cigarro.

DISCUSION

Perfil socioeconómico. La importancia del nivel de ingreso per cápita en la determinación del estado de salud es bastante conocida y se relaciona con la posibilidad de adquisición y utilización de bienes y servicios esenciales para su mantención. En São Paulo, el límite crítico de ingreso per cápita compatible con un consumo alimentario adecuado es un salario mínimo vital (13). En el presente estudio se verificó que casi la mitad de las familias no obtenían ese salario. Nótese también una elevada proporción de adolescentes en pobreza crítica (17,2%), viviendo en albergues, alojamientos precarios, de allegada con parientes o amigos. Se enfatiza que un tercio de las gestantes

habían inmigrado del noreste, región más carente del país, donde en 1992, según la Fundación Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, existía el doble de los niños y adolescentes viviendo en situación de pobreza, comparado con la región sureste (14). Además de las precarias condiciones en que viven las adolescentes, una de las consecuencias de la gravidez precoz es la restricción a futuras oportunidades de mejora socioeconómica, una vez que la gravidez y el parto pueden interrumpir sus oportunidades de educación y de carrera, siendo muchas veces obligadas a dejar su estudio o empleo, lo que limitan sus opciones económicas futuras (15). Al respecto existe amplia evidencia sobre la contribución de la educación para el progreso económico-social del individuo, propiciando a través de ello el acceso a un ingreso económico que le permita la satisfacción de otras necesidades básicas como alimentación adecuada, habitación, vestuario, acceso a servicios de salud entre otras (16). En el caso de la adolescente, ha sido relatado que la gravidez se constituye en motivo especial para la interrupción de sus estudios, ya que además de la discriminación social, hay dificultades de adecuar las actividades de madre y ama de casa a las de estudiante (17). En la población estudiada, una elevada proporción (84,5%) ya se encontraban fuera del proceso formal de educación, independientemente de grupo etáreo, además se observó una adolescente analfabeta y llama la atención la precariedad de educación de un grupo apreciable de adolescentes (14,2%). Pinto e Silva & Pinotti (17) verificaron que el 96% de adolescentes habían interrumpido sus estudios al engravidar. D'oro también relata cifras similares: 94,2% ya habían abandonado definitivamente sus estudios y para 13,3% de los casos, el factor principal de evasión fue la gestación (18).

Si bien es cierto que para todas las mujeres el embarazo es una situación que impone cuidado, para las jóvenes solteras, cuyas condiciones socioeconómicas son desfavorables, la maternidad extraconyugal o el casamiento prematuro son problemas adicionales (15). En nuestro estudio, se verificó un menor tamaño familiar (3,7 personas/domicilio) que la familia promedio brasileña (4,1 personas/domicilio) (1), lo que puede ser debido a la constitución de un nuevo núcleo familiar, o sea, que el adolescente estaba residiendo con su marido/compañero (36,1%). Analizando los datos en relación a los grupos etáreos se observó que las gestantes más jóvenes tenían familia significativamente más numerosa, lo que podría estar indicando que en estas familias el marido/compañero o la

TABLA 1
Características socioeconómicas y demográficas de las adolescentes embarazadas según grupo etáreo.

Características	Grupo etáreo (años)		TOTAL n(%)	p
	< 17 n(%)	≥ 17 n(%)		
Salario mínimo per cápita				0,72 ²
sin ingreso	3 (10,7)	18 (19,1)	21 (17,2)	
0.1-0.99	9 (32,1)	26 (27,7)	35 (28,7)	
1.0-1.99	11 (39,3)	31 (33,0)	42 (34,4)	
≥ 2.0	5 (17,9)	19 (20,2)	24 (19,7)	
Procedencia				0,12 ²
Estado de São Paulo	29 (64,4)	55 (50,0)	84 (54,2)	
Estados de Noreste	11 (24,5)	46 (41,8)	57 (36,8)	
Otros Estados	5 (11,1)	9 (8,2)	14 (9,0)	
Tamaño de la familia: $\bar{x} \pm s$ (n)	4,4±2,6 (45)	3,4±2,2 (109)	3,7±2,4 (154)	0,02 ³
Vínculo con quien reside				0,01 ²
marido/compañero	13 (28,9)	43 (39,1)	56 (36,1)	
padre o suegros	26 (57,8)	32 (29,1)	58 (37,4)	
parientes/amigos	4 (8,9)	14 (12,7)	18 (11,6)	
empleo	1 (2,2)	7 (6,4)	8 (5,2)	
alojamiento para gestantes	1 (2,2)	14 (12,7)	15 (9,7)	
Situación conyugal				0,60 ²
Soltera	25 (55,6)	56 (50,6)	81 (52,3)	
“Casada” legal	1 (2,2)	11 (10,0)	12 (7,7)	
“Casada” consensual	19 (42,2)	43 (39,1)	62 (40,0)	
Continuidad de los estudios				0,32 ²
Sí	9 (20,0)	15 (13,6)	24 (15,5)	
No	36 (80,0)	95 (86,4)	131 (84,5)	
Años de estudio				0,66 ²
No estudió	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (0,6)	
1-4	7 (15,6)	14 (12,7)	21 (13,6)	
5-7	29 (64,4)	72 (65,5)	101 (65,2)	
≥ 8	8 (17,8)	24 (21,8)	32 (20,6)	
Ocupación				0,10 ²
Sí	6 (13,3)	28 (25,5)	34 (21,9)	
No	39 (86,7)	82 (74,5)	121 (78,1)	

¹ Sin información=33.

² Chi-cuadrado.

³ t-student.

⁴ Para el total de las solteras.

TABLA 2
Características biológicas de las embarazadas adolescentes, según grupo étnico

Características	Grupo étnico (años)		TOTAL	p
	< 17	≥ 17		
Edad: $x \pm s$ (n)	15,3±0,81 (45)	17,9±0,76 (110)	17,2±1,44 (155)	
Edad de la menarca: $x \pm s$ (n)	12,0±1,58 (45)	12,9±1,41 (110)	12,6±1,51 (155)	0,001 ¹
Edad de la 1ª relación sexual: $x \pm s$ (n)	14,3±0,81 (45)	15,6±1,50 (110)	15,1±1,90 (155)	0,001 ¹
Uso de anticonceptivo: n(%)				0,65 ²
No	29 (64,4)	75 (68,2)	104 (67,1)	
Sí: Ogino-Knauss	1 (2,2)	5 (4,5)	6 (3,9)	
Coitointerrupto	7 (15,6)	4 (3,6)	11 (7,1)	
Preservativo	0 (0,0)	6 (5,5)	6 (3,9)	
Anticonceptivo oral	8 (17,8)	20 (18,2)	28 (18,1)	
Número gestaciones previas: n(%)				0,0001 ³
0	40 (88,9)	60 (54,5)	100 (64,5)	
1	5 (11,1)	43 (39,1)	48 (31,0)	
2	—	6 (5,5)	6 (3,9)	
3	—	1 (0,9)	1 (0,6)	
Edad gestacional al iniciar pre-natal: n(%)				0,96 ²
≤ 13 semanas	14 (31,1)	36 (32,7)	50 (32,3)	
14-27 semanas	26 (57,8)	61 (55,5)	87 (56,1)	
≥ 28 semanas	5 (11,1)	13 (11,8)	18 (11,6)	
Ingestión de sulfato ferroso ⁴ : n(%)				0,61 ²
Sí	7 (31,8)	24 (34,8)	31 (34,1)	
No	15 (68,2)	45 (65,2)	60 (65,9)	
Fuma cigarro n(%)				0,29 ²
Sí	15 (33,3)	26 (23,6)	41 (26,5)	
No	30 (66,7)	84 (76,4)	114 (73,5)	

¹ t-student.² Chi-cuadrado.³ Chi-cuadrado, considerando primigestas y multigestas.⁴ Adolescentes con más de 20 semanas de gestación.

adolescente estarían agregándose a uno de los núcleos paternos.

Perfil biológico. Al respecto, de la creencia que la tendencia de anticipación de la menarca constituye uno de los factores más frecuentemente asociados al aumento de la fertilidad en la adolescencia, la OPS (9) señala que la misma es ca-

paz de estimular el inicio de la actividad sexual, además de modificar el cuerpo de niña en cuerpo de mujer, tornándolo apto a concebir. La edad promedio de menarca de las adolescentes del presente estudio (12,6 años) fue similar (12,3 años) a lo verificado por Fujimori (19) en un estudio realizado en adolescentes en un Municipio del Esta-

do de São Paulo. Sin embargo Pinto e Silva (20) observó que la edad de la menarca fue significativamente menor entre las adolescentes cuando comparó con el grupo de mujeres adultas. Mota & Cabral (21) obtuvieron resultados opuestos al estudiar dos grupos distribuidos según edad ginecológica (≤ 2 años o > 2 años postmenárquicos). Mientras que para Gozzano *et al.* (22) la diferencia entre edad de la menarca de las adolescentes y de mujeres adultas no fue significativo. Pese a que estudios evidencian que la menarca es influenciada por el patrón socioeconómico, presentando una clara tendencia de anticipación entre jóvenes de clase socioeconómica más elevada, con mejores condiciones ambientales y nutricionales (19, 23), en el presente estudio no fue verificada esa tendencia, lo que podría deberse a la homogeneidad socioeconómica de la población estudiada.

Corroborando con la hipótesis de que la anticipación de la menarca puede determinar el inicio precoz de la actividad sexual, en el presente estudio se observó que casi dos tercios de las gestantes tuvieron su primera relación sexual con edad igual o inferior a 15 años, siendo que en el grupo más joven, la primera relación sexual ocurrió significativamente antes. En Brasil, son pocos los estudios sobre comportamiento sexual de adolescentes. Algunos observadores consideran que las cifras encontradas podrían ser subestimadas, dada la resistencia de la joven a declarar sobre su vida sexual (18, 24). No obstante en el presente estudio, la edad promedio de la primera relación sexual fue similar a la encontrada por D'oro (18).

También se verificó que dos tercios de las gestantes no usaban ningún método anticoncepcional cuando engravidaron, mientras casi 100% de ellas ($n=154$) refirieron conocer alguna técnica anticoncepcional. Pinto e Silva (25) ya encontró datos similares en la década de 70: 92,7% de adolescentes conociendo por lo menos una técnica anticoncepcional, pero sólo 11,5% los utilizaba efectivamente. En estudio posterior (20), ese mismo autor confirmó ser la píldora el método más popular entre las adolescentes estudiadas, al igual que lo encontrado en el presente estudio. Es común encontrar en la literatura dos explicaciones para la actividad sexual sin protección contraceptiva entre jóvenes: la primera se refiere a la visión extremadamente romántica e irreal sobre el sexo que los llevaría a negar el "planeamiento" de la concepción, pues esto rompería la espontaneidad, y la segunda se refiere al conflicto entre las normas morales impuestas tanto por la familia como por la Iglesia, que señalan que las relaciones sexuales

deberían darse después del matrimonio y por otro lado los vehículos de comunicación de masas que imponen el sexo como objeto de consumo que traería prestigio a quien lo practica (18-24). La proporción de primigestas fue similar a la encontrada por otros autores (25, 26) en poblaciones de adolescentes; sin embargo, cuando se compara a la observada en estudio (4) realizado anteriormente en la misma institución, se observó una leve disminución. El aumento en la proporción de múltiparas es preocupante desde el punto de vista nutricional, una vez que resulta en pequeño intervalo intergestacional, insuficiente para permitir la recuperación del estado nutricional, con repercusiones en su vida reproductiva. También se conoce que la historia reproductiva de la joven que tiene su primer hijo en edad precoz tiende a caracterizarse por una sucesión de gestaciones mal espaciadas, aumentando el riesgo gestacional (27).

La evolución desfavorable del embarazo en la adolescencia ha sido asociada a la ausencia o inadecuada asistencia prenatal (10, 28, 29). En la población estudiada, el inicio del control prenatal fue tardío en ambos grupos, reiterando lo aludido en otras investigaciones (30, 31). Se sabe que para obtener un impacto positivo, la asistencia prenatal no sólo debe ser iniciada precozmente, sino también debe tener un número mínimo de controles. Siendo este un estudio de cohorte transversal, no fue posible obtener el número total de consultas durante el proceso gestacional; sin embargo, vale enfatizar que entre las gestantes que se encontraban en el tercer trimestre gestacional, la mitad no habían frecuentado control prenatal con la regularidad mínima deseable (32). Sumado a esto, se encontró un tercio de las menores de edad fumantes, lo que condice con datos de Pierce *et al.* (33) que aumenta el riesgo de la madre y del recién nacido (34).

En relación a las recomendaciones de la OMS (35) en cuanto a suplementación con sulfato ferroso a partir de la 20ª semana de gestación, se observó que en la institución estudiada esa indicación se restringía sólo a las gestantes con diagnóstico positivo de anemia, hecho que explica la pequeña proporción de adolescentes con más de 20 semanas de gestación que refirieron el uso de suplemento.

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio reiteran las condiciones desfavorables que rodean a la gravi-

dez en la adolescencia, caracterizada principalmente por el bajo ingreso económico, inestabilidad de su situación conyugal y precariedad educacional unida a una elevada deserción escolar.

La mayoría de las adolescentes eran primigestas, sin embargo la proporción de múltiparas se mostró preocupante. Gran parte inició el prenatal tardíamente, además de no asistir con regularidad mínima aconsejable. Mientras que casi la totalidad refirieron conocimiento de métodos anticoncepcionales, sólo un tercio usaba alguno de ellos.

Considerando que las gestantes adolescentes constituyen un grupo de alto riesgo obstétrico y neonatal, dadas sus características biológicas y sociales, se resalta la importancia de una asistencia prenatal especial y multidisciplinaria que involucre estrategias prácticas de intervención social y educativa para mejorar la calidad de vida de la adolescente y de su hijo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración técnica de Valdênia Dias de Castro, Bolsista de Iniciación Científica de la Fundación de Amparo a la Pesquisa del Estado de São Paulo - FAPESP (N° 95/0819-0). Este trabajo fue parcialmente financiado por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (N° 400788/91-8).

BIBLIOGRAFIA

- Anuário estatístico do Brasil: 1992. Rio de Janeiro, IBGE, v.52, p. 205-10, 1992.
- Oliveira, M.A.C., Egry, E.Y. A adolescência enquanto fenômeno social: possibilidades e necessidades de investigação científica em enfermagem. Rev. Bras. Enf. v.46, p. 63-7, 1993.
- Lima, M.; Figueira, F.; Ebrahim, G.J. Malnutrition among children of adolescent mothers in squatter community of Recife, Brasil. J. Trop. Pediat., v.36, p. 14-36, 1990.
- Paiva, M.S.; Marin, H. de F.; Miyazawa, N.S. Gestação na adolescência. Rev. Baiana Enfermagem., v.5, n1, p. 66-78, 1992.
- Medina S., C.L.; García P., M.F.; Figueroa R., J.E. Riesgo relativo y perfil biosocial del embarazo y parto en la adolescente insular de Chiloé. Hospital de Achao. Bol. Hosp. San J. de Dios, v.40, n. 4, p. 239-43, 1993.
- Griffiths, E.A.; Olivo M.A.; Romero, Z.J.; Saldivia, S.J. Características psicosociales de la embarazada adolescente en Valdivia. Cuad. Méd. Soc. v.35, n. 2, p. 31-7, 1994.
- Ojeda, E.N.S.; Roberts, E.; Korin, D.; Cusminsky, M. Adolescencia y juventud: aspectos demográficos y epidemiológicos. En: Organización Panamericana de la Salud. La salud del adolescente y el joven en las Américas. Washington, 1985, p. 3-19 (Publicación Científica N° 489).
- Siqueira, A.A.F., y Tanaka, A.C. d'A. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna. Brasil, 1980. Rev. Saúde Pública., v.20, p. 274-9, 1986.
- Organización Panamericana de la Salud. Fecundidad en la adolescencia: causas, riesgos y opciones. Washington, 1988. (Cuadernos Técnicos N° 12)
- McAnarney, E.R.; Hendee, W.R. Adolescent pregnancy and its consequences. J. Am. Med. Assoc., v.262, p. 74-7, 1989.
- Organización Mundial de la Salud. Problemas de salud de la adolescencia. Ginebra, 1965. (Serie de Informes Técnicos, N° 308).
- Dean, A.; Dean, J.; Burton, A.; Diker, R. EpiInfo, Version 5: A word processing and statistics program for epidemiology on micro-computers. Atlanta, Center for Disease Control, 1990.
- Barelli, W.; Alves, E.G.; De Martini, V.G.L. Perfil do consumo alimentar da classe trabalhadora. Saúde Deb., n. 23, p. 26-31, 1988.
- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Fundo das Nações Unidas para a Infância. Crianças e adolescentes: indicadores sociais. Rio de Janeiro, 1992, v.4.
- The Alan Guttmacher Institute. Adolescentes de hoy, padres del mañana: un perfil de las Américas. ImpreAndes S.A., Bogotá, 1990.
- Pinto e Silva, J.L.; Pinotti, J.A. A saúde reprodutiva da adolescente. Femina, v.15, p. 487-91, 1987.
- Duchaide, M.P. População brasileira: um retrato em movimento. In: Minayo, M.C.S. Os mitos Brasis: saúde e população na década de 80. Huciteca-Abrasco, São Paulo, 1995. p. 14-56.
- D'oro, A.C.D'A.O. Adolescência e gravidez: estudo de adolescentes atendidas em serviços de saúde na cidade de São Carlos, Estado de São Paulo. São Paulo, 1992. 162 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Fujimori, E. Prevalência de anemia e deficiência de ferro em mulheres adolescentes. São Paulo, 1989. 71 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Pinto e Silva, J.L. Aspectos biológicos e sociais da gravidez na adolescência. J. Bras. Ginecol., v.94, p. 227-32, 1984.
- Motta, M.L.; Cabral, A.C.V. Avaliação das complicações maternas da gravidez na adolescência conforme a idade ginecológica. J. Bras. Ginec., v.99, p. 283-87, 1989.
- Gozzano, J.O.A.; Morales, P.H.A.; Tarnovsky, S.; D'Andrea Neto, S.; Greco, P.L.R.; Rozas, A. Comportamento sexual e gestação na adolescência. J. Bras. Ginecol., v.100, p. 125-8, 1990.

23. Picone, T.A.; Allen, L.H.; Olsen, P.N.; Ferris, M.E. Pregnancy out come in North American women. I. Effects of diet, cigarette smoking, and psychological stress on maternal weight gain. *Am. J. Clin. Nutr.*, v.36, p 1205-13, 1982.
24. The Alan Guttmacher Institute. Adolescente de hoje, pais de amanhã: Brasil. Colombia, Editorial Presencia, 1989.
25. Pinto e Silva, J.L.; Sarmiento, R.C.; Landerer, C.; Faundes, A. Gravidez na adolescência. I - Conduta frente a anticoncepção e ao sexo. *J. Bras. Ginecol.*, v.90, p. 283, 1980.
26. Lippi, U.G.; Segre, C.A.M. Gravidez na adolescência: resultados perinatais. In: Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro. Brasília, 1988. p. 121-6.
27. Organización Mundial de la Salud. Embarazo y aborto en la adolescencia. Ginebra, 1975 (Informe Técnico N° 583).
28. Isberner, F.; Wright, W.R. Comprehensive prenatal care for pregnant teens. *J. Sch. Health*, v.57, p. 288-92, 1987.
29. McAnamey, E.R. Commentary on teenage pregnancy: comparison with two groups of older pregnant women. *J. Adolesc. Health Care*, v.12, p. 82-3, 1991.
30. Ionescu, A.; Goulart, A.L.; Miyasaky, H.; Guazelli, C.A.F.; Silveira, M.S.; Mora, M.C.S.; Monteleone, M.L.A.; Silveira, M.L.M.; Vigorito, N.M.; Mattar, R. Adolescência e gravidez. In: Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro. Brasília, 1988. p. 209-26.
31. López A., F.V.; Schor, N.; Siqueira, A.A.F. de. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. *Rev. Saúde Pública*, v.23, p. 473-7, 1989.
32. Secretaria de Estado da Saúde. Grupo de Saúde da Mulher. Sub-programa de Saúde da Mulher: pré-natal normal. São Paulo, 1986. (Mimeografado).
33. Pierce, J.P.; Lee, L.; Gilpin, E.A. Smoking initiation by adolescent girls, 1944 through 1988. *J. Am. Med. Assoc.*, v.271, p. 608-11, 1994.
34. Muscati, S.K.; Mackey, M.A.; Newsom, B. The influence of smoking and stress on prenatal weight gain and infant birth weight of teenage mothers. *J. Nutr. Education*, v.20, p. 299-302, 1988.
35. Organización Mundial de la Salud. Anemias nutricionales. Ginebra, 1968 (Serie de Informes Técnicos, N° 405)