

## Perfil sociodemográfico de mães provenientes de serviços de triagem auditiva neonatal de maternidades públicas de Salvador, no período de 2007 a 2011

### *Sociodemographic profile of mothers from hearing screening services in public neonatal maternity in Salvador, during the period from 2007 to 2011*

Julia de Souza Pinto Valente<sup>1\*</sup>, Mirela Frederico de Almeida Andrade<sup>1</sup>, Carlos Maurício Cardeal Mendes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mestranda do Programa de Pós Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, ICS/UFBA.

<sup>2</sup>Doutor em Saúde Pública, pelo Instituto de Saúde Coletiva, ISC/UFBA.

#### Resumo

**Introdução:** a perda auditiva é a deficiência congênita mais frequente e mais prevalente dentre aquelas triadas em programas preventivos de saúde. A realização da Triagem Auditiva Neonatal de rotina é a única estratégia capaz de detectar precocemente alterações auditivas que poderão interferir na qualidade de vida do indivíduo. Na implementação desse programa, fatores sociodemográficos devem ser levados em consideração. **Objetivo:** caracterizar o perfil sociodemográfico das mães, cujos lactentes foram atendidos no Ambulatório de TAN, no Serviço de Fonoaudiologia do Ambulatório Magalhães Neto do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos, da Universidade Federal da Bahia, no período de 2007 a 2011. **Metodologia:** estudo seccional descritivo. **Resultados:** foram atendidas no período 644 pacientes. Das 127 respostas obtidas sobre a residência materna, a maioria pertencia ao Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho, 21 (16,5%), seguida pelo Distrito Sanitário de São Caetano/Valéria e pelo Subúrbio Rodoviário. Os distritos que apresentaram o maior número de partos foram o da Liberdade, 233 (36,5%) e do Centro Histórico, 218 (34,2%). O perfil materno se caracterizou por contar com idade entre 14 e 46 anos ( $\mu = 27$ ;  $\sigma = 6,9$ ) anos; a minoria encontrava-se desocupada, 25 (6,0%); quase metade dispunha de renda familiar de até um salário-mínimo, 282 (47%); mais da metade tinha ensino médio, 363 (57,3%); a maioria residia com mais de duas pessoas no domicílio, 596 (95,4%) e a maioria realizou pré-natal, 558 (92,%). **Conclusão:** durante a implementação desse serviço, conclui-se que a triagem deve ser realizada levando em conta o contexto sociodemográfico da população a ser atendida, a fim de proporcionar-lhe um serviço mais contextualizado e efetivo.

**Palavras-chave:** Triagem auditiva neonatal. Teste da orelhinha. Condições Sociais. Demografia

#### Abstract

**Introduction:** hearing loss is the most common congenital deficiency and THE MOST prevalent among those screened in preventive health programs. The realization of neonatal hearing screening routine is the only strategy capable of early detection of hearing loss that may interfere with the individual's quality of life. During the implementation of this program, sociodemographic factors must be taken into consideration. **Objective:** to characterize the sociodemographic profile of mothers whose infants were treated at NHS Ambulatory at the Speech Therapy Service of the Magalhaes Neto Ambulatory from the Professor Edgard Santos University Hospital Complex, from the Federal University of Bahia, from 2007 to 2011. **Methodology:** a descriptive cross-sectional study. **Results:** during the period, 644 patients have been attended. Amongst the 127 responses obtained on maternal residence, the majority belonged to the Distrito Santário Barra / Rio Vermelho, 21 (16.5%), followed by the Distrito snaitário of São Caetano / Valéria and the Suburb. Districts that had the highest number of births were Liberdade, 233 (36.5%) and Centro Histórico, 218 (34.2%). The Mother's profile was characterized for being aged between 14 and 46 years ( $\mu = 27$ ,  $\sigma = 6.9$ ); the minority was unoccupied, 25 (6.0%); nearly half, had household income of up to one minimum wage, 282 (47%); more than half had high school diploma, 363 (57.3%); the majority resided with more than two people in the household, 596 (95.4%) and and the majority underwent prenatal care, 558 (92%). **Conclusion:** during the implementation of this service, it is concluded that screening should be carried out taking into account the socio-demographic context of the population to be attended in order to provide them with a more contextualized and effective service.

**Keywords:** Neonatal hearing screening. OAE test. Social Conditions. Demography.

#### INTRODUÇÃO

A perda auditiva é a deficiência congênita mais frequente e mais prevalente dentre aquelas rotineiramente triadas em programas preventivos de saúde. (GRUPO

**Correspondente/Corresponding:** \*Julia de Souza Pinto Valente. Programa de Pós-graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas/ Instituto de Ciências da Saúde -UFBA. End: Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n, 4º andar, Sala 410, Vale do Canela, Salvador, Bahia, CEP: 40110-100. Tel:(71) 8815-8537

DE APOIO À TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL UNIVERSAL, 2007) A prevalência de deficiência auditiva neonatal é de aproximadamente 1 a 3 por mil recém-nascidos e aumenta para 2 a 5 em 100 bebês provenientes de Unidades de Terapia Intensiva. (TASCI et al., 2010)

A realização da triagem auditiva neonatal (TAN) de rotina é a única estratégia capaz de detectar precocemente alterações auditivas que poderão interferir na qualidade de vida do indivíduo. (BOTELHO et al., 2010; GRIZ et al., 2010)

Esta é considerada a primeira estratégia capaz de evitar os reconhecidos prejuízos linguísticos, sociais, emocionais e cognitivos causados pela deficiência auditiva. (KUNST et al., 2013) O processo de detecção de alterações auditivas deve começar com a TAN, acompanhado do diagnóstico, protetização e intervenção precoce. (BOTELHO et al., 2010) As recomendações nacionais e internacionais, atualmente, propõem a identificação e o diagnóstico de perdas auditivas antes do terceiro mês de vida e a intervenção antes dos seis meses de idade. Portanto, os seis primeiros meses são decisivos para o desenvolvimento futuro da criança deficiente auditiva. (BOTELHO et al., 2010; NIVOLONI et al., 2010) Idealmente, todos os neonatos e lactentes deveriam realizar a TAN. (GRIZ et al., 2010)

A TAN objetiva alcançar melhores prognósticos em casos de perdas auditivas neonatais por promover diagnóstico precoce; vem sendo realizada no Brasil e em diversos países. (MUKARI; TAN; ABDULLAH, 2006) Na implementação desse programa, vários fatores devem ser levados em consideração, inclusive fatores demográficos e socioeconômicos de uma determinada população com potencial impacto na gravidez (ALENCAR; FROTA, 2003), na saúde do feto/neonato e no desenvolvimento do sistema auditivo. Isso porque diversos aspectos demográficos, socioeconômicos e culturais afetam a saúde materno-infantil e a adesão à realização da TAN.

A saúde da mãe durante a gestação está relacionada com fatores socioeconômicos tais como a escolaridade, a ocupação, a renda pessoal e familiar e os bens familiares. (SABROZA et al., 2004) Além dos aspectos socioeconômicos, a distribuição demográfica da população pelos distritos sanitários deve ser analisada, já que, como unidade organizacional mínima de saúde, seu conhecimento proporciona um melhor conhecimento das necessidades da sua população, fator que auxilia o processo de gestão e a operacionalização das ações públicas de saúde. (GONDIM et al., 2008)

Com base no exposto, percebe-se a importância de estudos sobre o conhecimento de aspectos socioeconômicos e demográficos da população para efetividade de programas de TAN. O profissional de saúde deve estar atento a esses dados, a fim de identificar potenciais situações de risco para a perda auditiva infantil.

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico das mães, cujos lactentes foram atendidos no Ambulatório de Triagem Auditiva Neonatal, no Serviço de Fonoaudiologia do Ambulatório Magalhães Neto (AMN), do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (C-HUPES), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no período de 2007 a 2011.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo seccional realizado no período de 2007 a 2011 no Ambulatório de Triagem Auditiva Neonatal do Serviço citado.

Foram avaliados 644 prontuários de lactentes (total de pacientes atendidos no período). Para análise foram consideradas apenas informações de mães que tiveram seus filhos nascidos em maternidades públicas da capital – Salvador/BA. Foram coletados dados sociodemográficos das respectivas mães a partir de formulário de pesquisa padronizado aplicado ao responsável pelo paciente.

As variáveis de interesse idade materna em anos bruta e dicotomizada em segundo a maioria civil brasileira; escolaridade materna que foi classificada como até ensino fundamental, até ensino médio e ensino superior; ocupação materna que foi dividida em desocupada, estudante, dona de casa e trabalhadora remunerada e em outra divisão utilizou-se desocupada e ocupada (englobando estudante, dona de casa e trabalhador remunerado); a renda familiar foi dividida em até um salário mínimo e maior que um salário mínimo; realização de pré-natal foi considerado sim (ao menos uma consulta) e não; o número de pessoas no domicílio foi dicotomizado em até duas pessoas e superior a duas pessoas (incluindo o recém-nascido), e o local do parto e a residência materna foram agrupados segundo distrito sanitário de Salvador.

O presente artigo resulta de um subprojeto do estudo de *Prevalência dos indicadores de risco para perda auditiva dos resultados 'falha' da triagem auditiva neonatal*, que obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, sob o número: 004/12, conforme Resolução 466/12.

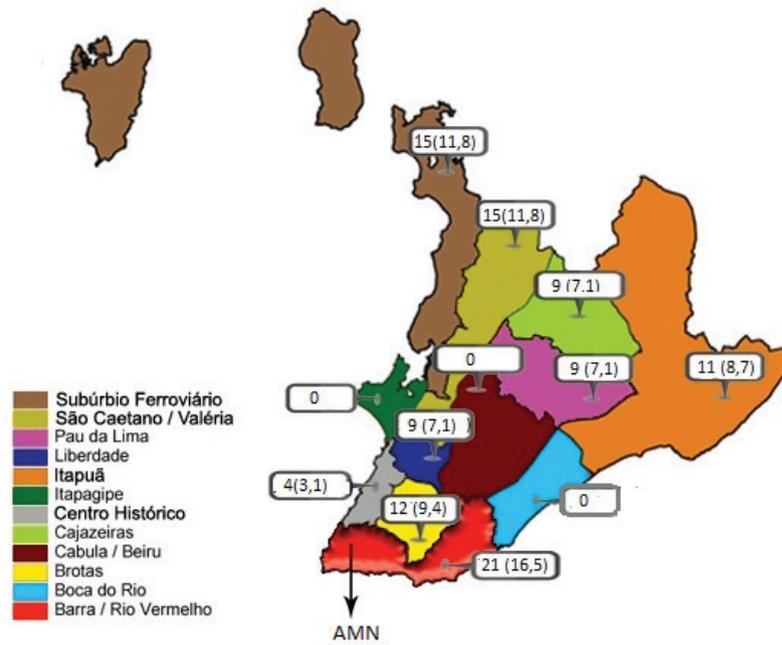
Os dados foram analisados no pacote estatístico R, versão 3.1., sendo calculadas as estatísticas descritivas pertinentes à natureza das variáveis do estudo.

## RESULTADOS

Do total de 644 respondentes, 640 informaram sobre o local de residência. Destas, 573 (89,5%) residiam em Salvador e 67 (10,5%), em cidades do interior.

De acordo com a Figura 1, observa-se que das 127 respostas obtidas sobre a residência materna a maioria pertencia ao Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho 21(16,5%), seguido pelo Distrito Sanitário de São Caetano/Valéria e do Subúrbio Rodoviário, ambos com 15 respostas (11,8%). Os distritos sanitários do Cabula/Beiru, de Itapagipe e da Boca do Rio não contaram com nenhuma mãe que ali residisse.

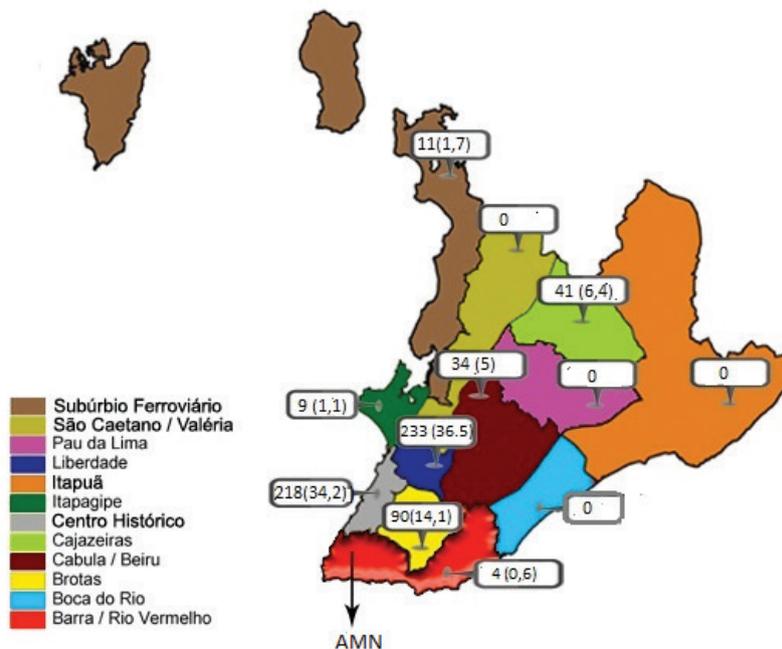
**Figura 1** – Distribuição das residências maternas de acordo com os distritos sanitários de Salvador



Por outro lado, ao se observar Figura 2, nota-se que os distritos que apresentaram o maior número de partos foram os da Liberdade (Maternidade José Maria

de Magalhães Neto), 233 (36,5%), e do Centro Histórico (Maternidade Climério de Oliveira), 218 (34,2%), representando juntos 70,7% dos partos ocorridos em Salvador.

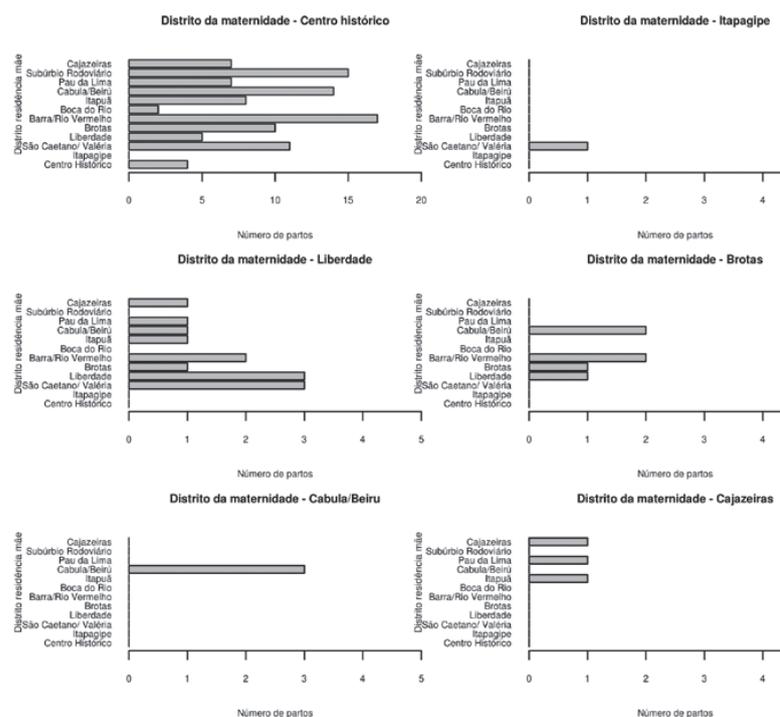
**Figura 2** – Distribuição dos partos segundo local de nascimento e distritos sanitários.



Ao serem cruzadas as informações sobre a residência materna e o local do parto, chama a atenção que nos distritos sanitários da Liberdade e do Centro Histórico ocorre

uma maior frequência do número de partos de mães residentes em praticamente todos os distritos sanitário de Salvador (Figura 3).

Figura 3 – Distribuição da frequência de distrito das residências maternas, de acordo com o distrito do local do parto.



No que diz respeito às características sociodemográficas das mães, observa-se na Tabela 1 que a idade mínima foi de 14 e máxima de 46 anos, com média de 27 anos (desvio-padrão de 6,9 anos). Porém, ao se considerar a maioridade civil, as mães maiores de 18 anos foram as mais frequentes, 574 (89,8%). Além disso, o perfil dessa população se caracterizou por ser de uma minoria desocupada, 25(6,0%); quase metade, com renda familiar até de um salário-mínimo, 282 (47%); a maioria com escolaridade de ensino médio, 363 (57,3%); a maioria residindo com mais de duas pessoas no domicílio, 596 (95,4%); e a maioria realizara exame pré-natal, 558 (92,%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mães no período estudado.

Características	N.	n (%)
Faixa etária materna	639	
Até 18 anos	-	65(10,2)
Maior que 18 anos	-	574(89,8)
Ocupação	418	
Desocupada	-	25(6,0)
Estudante	-	54(12,9)
Dona de casa	-	138(33,0)
Trabalhador remunerado	-	201(48,1)
Renda familiar	602	
Até um salário mínimo	-	283(47)
Mais de um salário mínimo	-	319(53)
Escolaridade Materna	634	
Ensino fundamental	-	247(39)
Ensino médio	-	363(57,3)

Ensino superior	-	24(3,8)
Realizou pré-natal	602	
Sim	-	558(92,7)
Não	-	44(7,3)
Pessoas em domicílio	620	
Até duas pessoas	-	29(4,6)
Mais de duas pessoas	-	596(95,4)

Ao se avaliar a renda familiar de acordo com as características sociodemográficas, destaca-se que em relação à faixa etária materna, aquelas mães com até 18 anos apresentaram mais frequentemente uma renda inferior a um salário-mínimo, 32 (58,2%), enquanto que as maiores de 18 anos apresentaram, de forma um pouco mais frequente, renda superior a um salário-mínimo, 294(54%), resultando em uma fraca associação entre renda inferior a um salário-mínimo e idade até 18 anos (RF=1,27). No que se refere à ocupação, as mães desocupadas apresentaram com maior frequência renda até um salário-mínimo, 19 (73,1%); por outro lado, considerando as mães com ocupação, não houve diferença em relação ao nível de renda, resultando em 55% a mais de mães desocupadas e recebendo até um salário-mínimo (RF=1,55). À escolaridade materna mais elevada nota-se que correspondeu a uma maior renda, fator que sugere uma tendência e uma associação entre escolaridade e renda (RF=3,73 e 2,17). Houve uma associação entre a renda mais baixa e a não realização do pré-natal (RF=1,42). Finalmente, no que se refere ao número de pessoas em domicílio, observa-se que houve maior diferença do nível de renda entre as mães que residiam com até duas pessoas, sendo mais frequente uma renda de até um salário-mínimo, 20(74,2%) (RF=1,60) (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição de renda de acordo com características sociodemográficas

Características (N)	Renda		
	Até 1 SM N(%)	Maior que 1 SM N(%)	Razão de Frequências para até 1 SM
Faixa etária materna (599)			
Até 18 anos (55)	32(58,2)	23(41,8)	(58,2/46) 1,27
Maior que 18 anos (544)	250(46)	294(54)	1
Ocupação (519)			
Desocupada (26)	19(73,1)	7(26,9)	(73,1/47,1) 1,55
Ocupada (493)	232(47,1)	261(52,9)	1
Escolaridade Materna (595)			
Ensino fundamental (228)	148(64,9)	89(35,1)	(64,9/17,4) 3,73
Ensino médio (344)	130(37,8)	214(62,2)	(37,8/17,4) 2,17
Ensino superior (23)	4(17,4)	19(82,6)	1
Realizou pré-natal(564)			(65,9/46,5) 1,42
Sim (523)	243(46,5)	280(53,5)	1
Não (41)	27(65,9)	14(34,1)	
Pessoas em domicílio (588)			
Até duas pessoas (27)	20(74,1)	7(25,9)	(74,1/46,3) 1,60
Mais de duas pessoas (561)	260(46,3)	301(53,7)	1

## DISCUSSÃO

Observando-se a caracterização demográfica segundo a divisão das maternidades pelos distritos sanitários de Salvador, 70,7% das crianças atendidas vinham encaminhadas de duas maternidades apenas. Essa concentração pode ser justificada pelo fato de que uma delas é a de referência para gestações de alto risco na Bahia e, por consequência, apresenta uma demanda maior de atendimento; devido a esse fator também apresenta demanda de mães que residem em todos os distritos de Salvador, quando comparada a outras maternidades. A segunda unidade hospitalar pertence à rede federal de atendimento à saúde, mesmo vínculo do serviço de TAN onde a pesquisa foi realizada. Ambas as maternidades têm parceria com o Serviço de Fonoaudiologia da UFBA (local da pesquisa) para encaminhamento dos recém-nascidos com vistas à realização da triagem auditiva.

Ao se analisar a distribuição das residências pelos distritos sanitários de Salvador, observa-se que a maioria da população estudada reside em distritos que apresentam baixa renda. Todas as maternidades avaliadas no estudo eram públicas e, segundo Ribeiro et al. (2006), a população que utiliza o serviço público de saúde se constitui de indivíduos de baixa renda. Este fato pode justificar essa maior distribuição de mães estudadas nos distritos sanitários de renda menor.

A idade média encontrada na população está de acordo com o estudo de Griz et al. (2009) que afirma encontrar-se a maioria das mães na faixa entre 20 e 29 anos. Ao se analisar a divisão de maior e menor de idade (acima ou abaixo de 18 anos), observa-se que a taxa encontrada de 10,2% assemelha-se com a de 13,1% do estudo de Simões et al. (2003), em uma cidade também do nordeste brasileiro, porém o referido artigo avaliou a idade relacionando com o fato de tratar-se de primeiro

filho ou não. Esse dado não estava disponível nesta pesquisa, o que impossibilitou uma melhor discussão e uma melhor comparação deste achado com outros estudos.

A média de idade encontrada está dentro dos limites do que se considera idade reprodutiva pela OMS – 15 a 44 anos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009) O que se nota é que a média de idade vem envelhecendo no decorrer dos anos, com demonstrado nesse estudo, onde 89% das mães tinham maioridade civil. A expansão das mulheres no mercado de trabalho, a melhoria e a divulgação de métodos contraceptivos (principalmente do anticoncepcional) e o aumento da expectativa de vida da mulher estimulam a postergação do momento da primeira gravidez, que acaba acontecendo em idades superiores, após serem atingidos outros objetivos de vida, de ordem pessoal e/ou profissional, além da evolução da Medicina, que torna mais seguras gestações em idades mais avançadas. (PINTO E SILVA; BAHAMONDES, 2005)

A participação da mulher no mercado de trabalho pode ser vista ao observar a ocupação materna: quase metade das mães (48,1%) encontra-se economicamente ativa, achado este semelhante ao demonstrado pelo estudo de Griz et al. (2010), além do que, 73% das mães desocupadas apresentaram, com maior frequência, renda até um salário-mínimo, demonstrando assim a necessidade do trabalho dessas mães para uma melhoria da renda familiar.

O percentual de 47% encontrado com até um salário-mínimo assemelha-se aos 43% encontrados por Alencar e Frota (2003). Esse dado reforça que metade das famílias possui renda limitada e essa condição acaba por agravar o risco da mãe e da criança. (YASLLE et al., 2002; SIMÕES et al., 2003) Atualmente, acredita-se que os riscos durante a gravidez e durante a idade recém-nascida são influenciados por fatores psicossociais relacionados ao ciclo da

pobreza, à falta de educação formal e, fundamentalmente, à falta de perspectivas na vida dessas mães: sem escola, sem saúde, sem cultura, sem lazer e sem emprego. (MIOTO, 2005)

A necessidade do trabalho fora de casa por parte da mãe influencia o período de amamentação. Devido a sua capacidade protetora contra doenças, o aleitamento materno é capaz de reduzir a mortalidade e a morbidade. (HANSON; KOROTKOVA, 2002) Além disso, o leite materno diminui a incidência e a gravidade de doenças como diarreias, infecções respiratórias, otites médias, infecções urinárias e doenças alérgicas. (GIUGLIANI, 2000) A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a alimentação exclusiva com leite materno até os 6 meses de idade do bebê. Mães que trabalham fora de casa como autônomas ou têm 4 meses de licença-maternidade acabam não conseguindo realizar a amamentação exclusiva até o final do primeiro semestre, pela necessidade de retornar antes desse período ao trabalho, medida esta que priva os bebês dos benefícios da amamentação.

Quanto ao nível educacional dessas mães, houve uma tendência e uma associação entre escolaridade e renda, onde com o aumento da escolaridade há o aumento da frequência de mães com renda superior a um salário-mínimo. Estudo realizado por Griz et al. (2009) demonstrou que alguns dos fatores sociodemográficos, entre eles escolaridade e renda, refletem a saúde das mães e de seus filhos; por refletirem o cuidado com a gestação e com o recém-nascido, também estão ligados ao fato de se realizar ou não a triagem. Esse dado deve ser levado em conta quando há oferta de TAN em uma unidade pública, já que a população de gestantes atendida apresenta, em sua maioria, baixa escolaridade. (NASCIMENTO, 2003)

O trabalho apresentou um percentual alto de mães que realizaram o pré-natal (92,7%). Isto revela que a maioria das gestantes teve acesso a serviços de saúde durante a gestação, local onde pode ser divulgada a existência e a importância da triagem audiológica em bebês, de modo a que mais crianças possam se beneficiar do diagnóstico precoce, minimizando eventuais problemas decorrentes da deficiência auditiva. (KUNST et al., 2013) O elevado percentual de mães que realizaram o pré-natal e levaram seus filhos para realizar a TAN pode estar relacionado com as orientações ocorridas durante o acompanhamento da gestação.

Quanto ao número de pessoas residentes no mesmo domicílio que a criança, o estudo revelou que a maioria (95,4%) das mães mora com mais de duas pessoas em casa; houve maior diferença do nível de renda entre as mães que residiam com até duas pessoas, sendo mais frequente uma renda de até um salário-mínimo (74,2%). Esse dado é um indicativo de risco, já que essas famílias têm baixo poder aquisitivo, agravado pelo número excessivo de seus integrantes, o que determina a diluição do poder de compra de alimentos intrafamiliar. (ALENCAR; FROTA, 2003)

## CONCLUSÃO

Com o sancionamento do Projeto da Lei 3842/97, em agosto de 2010, que tornou obrigatória a realização da TAN em todos os recém-nascido no Brasil, houve um aumento da necessidade de implantação dos serviços públicos de triagem auditiva. O conhecimento do perfil sociodemográfico das mães, cujos lactentes irão realizar a triagem, é indispensável para a realização de ações de atenção básica de saúde que visem a minimizar as possíveis causas e consequências das alterações auditivas.

Durante a implementação do serviço, a triagem deve ser realizada levando em conta o contexto sociodemográfico da população a ser atendida, a fim de garantir a aderência ao serviço, orientações contextualizadas para as mães no período pré-natal, tornando-as mais efetivas, e um acolhimento e encaminhamento correto para aquelas, cujos bebês necessitem de acompanhamento devido ao diagnóstico de perda auditiva; esta medida viabilizará a integração social dessas crianças e melhor qualidade de vida para a família.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Conceição Oliveira Silva e a Daiane Barreto por todos os esforços durante a coleta de dados.

## REFERÊNCIAS

1. ALENCAR, F. H.; FROTA, M. O. Análise de fatores sócio-econômico-culturais e ambientais relacionados com o déficit ponderal de crianças ao nascimento em 1999, em Manaus-AM, Brasil. *Acta Amaz*, Manaus, v. 33, n. 1, p. 33-39, 2003.
2. BOTELHO, M. S. N. et al. Newborn hearing screening in the limiar clinic in Porto Velho – Rondônia. *Braz j. otorhinolaryngol*, São Paulo, v. 76, n. 5, p. 605-610, 2010.
3. GRUPO DE APOIO À TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL UNIVERSAL. Disponível em: <<http://www.gatanu.org/secoes/gatanu/itens/trajetoria-da-tan-no-brasil>>. Acesso em: 14 set. 2015.
4. GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, v. 76, supl. 3, p. 238-252, 2000.
5. GONDIM, G. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE AMBIENTAL E A CONSTRUÇÃO DE CIDADES SAUDÁVEIS UBERLÂNDIA -MG, 1., Uberlândia, 2008. *Anais ...*, Uberlândia, 2013.
6. GRIZ, S. et al. Newborn hearing screening: an outpatient model. *Int j. pediatr otorhinolaryngol*, Amsterdam, v. 73, n. 1, p. 1-7, Jan. 2009.
7. GRIZ, S. M. S. et al. Indicadores de risco para perda auditiva em neonatos e lactentes atendidos em um programa de triagem auditiva neonatal. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 13, n.2, p. 281-291, 2010.
8. HANSON, L. A.; KOROTKOVA, M. The role of breastfeeding in prevention of neonatal infection. *Semin neonatal.*, Gothenburg, v.7, n. 4, p. 275-281, 2002.
9. KUNST, L. R. et al. Perfil sociodemográfico de mãe atendidas em um serviço de triagem auditiva neonatal. *Disturb. Comum*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 328-335, 2013.
10. MIOTO, R. C. T. A maternidade na adolescência e a (des)proteção social. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, v. 26, n. 83, p. 128-146, 2005.

11. MUKARI, S. Z.; TAN, K. Y.; ABDULLAH, A. A pilot project on hospital-based universal newborn hearing screening: lessons learned. **Int. j. pediatr. otorhinolaryngol.**, Amsterdam, v. 70, n. 5, p. 843-851, 2006.
12. NASCIMENTO, L. F. C. Perfil de gestantes atendidas no período de pré e peri-natal: estudo comparativo entre serviços públicos e privados em Guaratinguetá, São Paulo. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 3, n. 2, p.187-194, abr./jun., 2003.
13. NIVOLONI, K. A. B. et al. Newborn hearing screening and genetic testing in 8974 Brazilian neonates. **Int. j. pediatr. otorhinolaryngol.**, Amsterdam, v. 74, p. 926-929, 2010.
14. PINTO E SILVA, J. L.; BAHAMONDES, L. Reprodução assistida como causa de morbidade materna e perinatal. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 759-765, dec.2005.
15. RIBEIRO, M. C. S. de A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.
16. SABROZA, A. R. et al. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 112-120, 2004.
17. SIMÕES, V. M. F. et al. Características da gravidez na adolescência em São Luiz, Maranhão. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p.559-565, 2003.
18. TASCI, Y. et al. Newborn hearing screening programme outcomes in a research hospital from Turkey. **Child care health dev.**, Oxford, v. 36, n. 3, p. 317-322, 2010.
19. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Women and health: today's evidence tomorrow's agenda**. 2009. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70119/1/WHO\\_IER\\_MHI\\_STM.09.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70119/1/WHO_IER_MHI_STM.09.1_eng.pdf)>. Acesso em: 14 set. 2015.
20. YASLLE, M. E. H.D. et al. A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. **Rev. bras. ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 609-614, 2002.

---

**Submetido:** 17/09/2015

**Aceito em:** 20/10/2015