

Perfil epidemiológico das puérperas atendidas no Hospital Santa Casa de Maringá

Epidemiological profile of the puerperas attended of in the Hospital Saint House of Maringá

ROSIMEIRE SOARES ALENCAR. Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Ingá-Uningá.

LUCIANA CRISTINA RAFAEL OGNIBENI. Professora do curso de Fisioterapia na Faculdade Ingá-Uningá.

Dados para contato:

Rosimeire Soares Alencar

R: Rio Belo, 47 – Jd. Novo Oásis.

Maringá – PR – Brasil

CEP: 87043-606

E-mail: rosisalencar@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A mulher prepara-se do nascimento até a maturidade sexual, para a gravidez, contudo, pode apresentar características que aumentam o risco durante a gestação como a idade, altura, obesidade, hipertensão arterial, diabetes, situação conjugal instável, baixa escolaridade, ocupação, nuliparidade e multiparidade. Para atender às necessidades de saúde é necessário identificá-la para estabelecer prioridades e assistência à saúde adequada, visando à prevenção de complicações. **Objetivo:** Levantar o perfil epidemiológico de puérperas internadas em um Hospital de Maringá, para viabilizar medidas preventivas e assistencialistas direcionada ao ciclo grávido-puerperal. **Métodos:** A coleta de dados foi realizada no Hospital Santa Casa de Maringá, no período entre setembro e dezembro de 2006, com 303 puérperas internadas em tratamento pós-parto, pelo Sistema Único de Saúde. **Resultados:** A idade variou de 14 a 41 anos; 19% tinham primeiro grau incompleto, 21% primeiro grau completo, 57% segundo grau completo, 3% superior; 70% eram casadas, 30% solteiras; 59% eram do lar, 76% dos nascimentos foram a termo; 43% estavam na primeira gestação; 60% parto vaginal. **Conclusão:** Sugere-se que este trabalho sirva de base para orientar as decisões nas ações de saúde, para a intervenção mais eficiente nas políticas de saúde, voltadas ao ciclo gravídico.

Palavras-chave: Gestante. Perfil. Epidemiológico.

ABSTRACT

Introduction: The woman prepares itself of the birth until the sexual maturity, for the pregnancy, however, can present characteristics that increase the risk during the gestation as the age, height, obesity, hypertension, diabets, unstable conjugal situation, low education, occupation, nuliparity and multiparty. To take care of to the health necessities it is necessary to identify it to establish priorities and assistance to the adjusted health, aiming at to the prevention of complications. **Objective:** To raise the profile epidemiologist of puerperas interned in a Hospital of Maringá, to make possible writ of prevention and assistencialistics directed to the pregnant-puerperal cycle. **Methods:** The collection of data was carried through in the Hospital Saint House of Maringá, in the period between September and December of 2006, with 303 puerperas interned in treatment after-childbirth, for the Only System of Health. **Results:** The age varied of 14 the 41 years; 19% had first incomplete degree, 21% first complete degree, 57% as complete degree, 3% superior; 70% were married, 30%

bachelors; 59% were of the home, 76% of the births had been the term; 43% were in the first gestation; 60% vaginal childbirth. **Conclusion:** This work in service of base is suggested that to guide the decisions in the actions of health, for the intervention most efficient in the health politics, come back to the gravidic cycle.

Word-key: Pregnancy. Epidemiological profile. Puerperas.

INTRODUÇÃO

O organismo feminino prepara e adapta-se desde o nascimento até à maturidade sexual, para a gravidez, que deve ser um evento fisiológico normal e natural para a mulher (REZENDE, 1998), não devendo constituir uma ameaça à saúde da gestante (ARTAL; WISWELL; DRINKWATER, 1999). No período gestacional ocorrem intensas modificações, afetando praticamente todos os sistemas do organismo, para propiciar suporte à sobrecarga de gerar um novo organismo (ALVES; NOGUEIRA; VARELLA, 2005), de tal forma, que, proporciona um ambiente ideal para abrigar um novo ser (ARTAL; WISWELL; DRINKWATER, 1999).

A gestação pode ser considerada de dois subtipos: de baixo risco em 90% dos casos, quando acontece como um fenômeno fisiológico normal que evolui sem intercorrência; de alto risco, quando evolui de forma desfavorável, ou já se inicia com problemas, o que leva a maior probabilidade de apresentar uma intercorrência no período gestacional, quer para o feto ou para a mãe (BUCHABQUI; ABEICHE; BRIETZKE, 2001). Para identificar uma gravidez de alto risco, o médico avalia a gestante para identificar condições ou características que tornem a grávida ou o feto mais propensa a adoecer ou a morrer durante a gestação. Essa identificação é importante, pois, assegura que a gestante necessita cuidados médicos especiais, podendo ser encaminhada a um centro de atendimento perinatal, que geralmente, estão ligados a um serviço obstétrico e a uma unidade de terapia intensiva neonatal, para prover o mais alto nível de cuidados para a gestante e seu filho. O tratamento e acompanhamento em um centro de atendimento perinatal pode reduzir a probabilidade do concepto nascer prematuro (BERKOW et al., 1989).

De acordo com Berkow et al. (1989) mesmo antes de engravidar, uma mulher pode apresentar características ou condições que aumentam o risco durante a gestação. A idade da mulher está relacionada com o risco da gravidez. As adolescente com 15 anos de idade ou menos apresentam maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia e eclâmpsia, além de apresentarem uma maior probabilidade de dar à luz a um filho com baixo peso ou subnutrido. Já as mulheres com 35 anos de idade ou mais apresentam maior probabilidade de desenvolver hipertensão arterial, diabetes ou fibromas no útero, bem como problemas durante o trabalho de parto, além de exacerbar o risco de gerar um filho com uma anomalia cromossômica. Além da idade o mesmo autor cita como fator de risco o peso e a altura, pois, uma mulher que pesa menos de 45 quilos sem estar grávida apresenta uma maior probabilidade de gerar um concepto menor que o esperado em relação ao número de semanas de gestação, ou se o seu ganho de peso for inferior a 7 quilos durante a gravidez, o risco de ela ter um concepto pequeno para a idade gestacional aumenta aproximadamente 30%. Por outro lado, a mulher obesa apresenta um maior risco de gerar um concepto muito grande. A obesidade também aumenta o risco de diabetes e de hipertensão arterial durante a gravidez. Uma mulher com uma altura inferior a 1,60 metros apresenta uma maior probabilidade de ter uma pelve pequena.

Referente a abortamento Berkow et al. (1989) afirma que uma mulher que sofreu três abortos espontâneos consecutivos nos três primeiros meses de gestação apresenta uma probabilidade de aproximadamente 35% de sofrer um outro. A probabilidade de aborto

também é maior para uma mulher que deu à luz a um natimorto entre o 4º e o 8º mês de gestação ou que teve um trabalho de parto prematuro em uma gestação anterior.

Além da idade materna (menor que 15 e maior que 35 anos) o Ministério da Saúde (2000) cita alguns dos fatores de risco reprodutivo que são: situação conjugal instável, baixa escolaridade, ocupação, nuliparidade e multiparidade.

Para atender adequadamente às necessidades de saúde de uma população é necessário identificá-la para estabelecer prioridades e assistência à saúde adequada, visando à prevenção de complicações. Este trabalho teve como objetivo realizar o perfil epidemiológico de puérperas internadas em um Hospital de Maringá, para tornar conhecido quem é esta população e assim, tornar possível medidas educativas, preventivas e assistencialistas direcionada ao ciclo grávido-puerperal, da população.

METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital e Maternidade Santa Casa de Misericórdia de Maringá, no período entre setembro e dezembro de 2006, onde estavam internadas em tratamento pós-parto, as 303 puérperas, que participaram desta pesquisa, mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada através de questionamento direto e individual realizado pelo mesmo pesquisador e constou de duas etapas. A primeira foi referente aos dados pessoais: nome, idade materna, grau de escolaridade, estado civil, profissão, idade gestacional, número de gestações, números e tipos de partos, número de abortos. A idade foi dividida em três grupos: 14 a 19 anos, que de acordo com a Organização Mundial da Saúde correspondem à adolescência (AQUINO et al., 2003); 20 a 35 anos que segundo Matheus e Sala (1992); Costa e Gotlieb (1998) do ponto de vista reprodutivo esta faixa etária é considerada ótima; e o terceiro grupo de 36 a 41 anos. Na segunda etapa as puérperas foram questionadas quanto aos sinais e sintomas apresentados durante a gestação nos diversos sistemas e se receberam orientação no pré-natal referente aos mesmos, contudo, neste trabalho será abordada somente a primeira etapa, sendo que a segunda será abordada em outra ocasião.

Foram inclusas neste estudo todas as puérperas internadas no hospital, no período acima citado, que foram atendidas pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

RESSULTADOS E DISCUSSÃO

Foi levantado neste estudo que a idade da população estudada variou de 14 a 41 anos de idade, sendo que 68 (22,44%) puérperas tinham idade entre 14 e 19 anos, 213 (70,29%) entre 20 e 35 anos, 22 (7,26%) entre 36 e 41 anos (figura1).

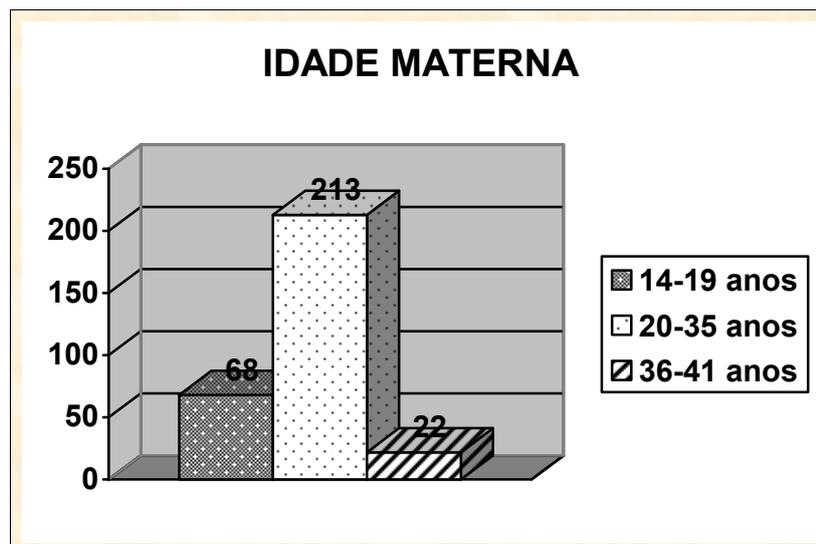


Figura 1: Gráfico de barras considerando a variável idade materna
Fonte: da autora

Os resultados mostraram que a grande maioria está na melhor idade para se ter filhos. Observando o ciclo reprodutivo, a faixa etária predominante neste estudo pode ser considerada ótima, pois o menor risco perinatal é observado quando a idade materna está compreendida entre 20 e 35 anos (MATHEUS; SALA, 1992; COSTA; GOTLIEB, 1998). Porém o número de adolescente também foi expressivo, nos resultados encontrados neste estudo. Mûelenaere, Correa e Coates (1993) consideram a gestação na adolescência, de alto risco, pois podem sobrevir inúmeras complicações orgânicas e psicossociais. Além de ser um período de transição da infância para a fase adulta, ocorrem muitas transformações físicas e fisiológicas como crescimento acelerado, alargamento dos quadris, maior deposição de gordura, aparecimento de pêlos pubianos e axilares, desenvolvimento mamário, menarca e início dos ciclos ovulatórios, e conseqüentemente capacidade reprodutiva (ANDRADE et al., 1996; COVA, 1993; LOPES, 1997; HALBE; SANTANA, 1993; ZIEGEL; CRANLEY, 1985). Do ponto de vista obstétrico, a gravidez neste período é considerada de alto-risco, devido ao elevado índice de morbidade materno-fetal. Existe maior incidência de anemia, toxemias, infecção urinária, baixo ganho de peso materno, prematuridade, baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar e desmame precoce, além de baixa cobertura pré-natal (BERKOW et al., 1989; CARCELEN; SOUZA, 1995; PINTO; AZEVEDO, 1986; VIÇOSA, 1992). A gravidez precoce constitui um problema social importante e atual na adolescência, é um problema social, porque interfere na vida da adolescente, alterando suas perspectivas, e também as de sua família (GOMIDE et al., 2005).

Referente ao grau de instrução 59 (19,47%) participantes tinham primeiro grau incompleto, 64 (21,12%) primeiro grau completo, 173 (57,09%) segundo grau completo e 7 (2,31%) superior incompleto (figura 2).

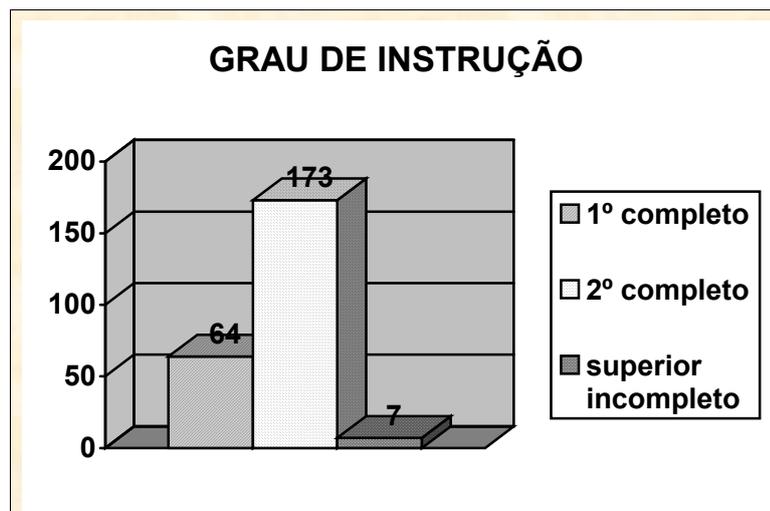


Figura 2: Gráfico de barras considerando a variável grau de instrução

Fonte: da autora

Sá et al. (2001) realizaram um estudo onde foram incluídas 5519 mulheres que deram à luz na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro e levantaram que quanto ao grau de instrução 1,5% delas eram analfabetas, 69,9% tinham educação primária, 25,8% freqüentaram o segundo grau e apenas 3,5% tinham nível superior.

Spindola, Penna e Progianti (2006), realizaram um estudo em um Hospital Universitário no município do Rio de Janeiro, onde foram investigadas 118 fichas de atendimento cadastrado as gestantes com idade superior a 19 anos. Quanto à escolaridade as gestantes tinham, em sua maioria, o ensino fundamental, totalizando 29,6%; 27,1% das mulheres tinham o ensino fundamental incompleto e 27,1% o ensino médio.

A baixa escolaridade do grupo pesquisado pode ser um agravante para a saúde das mulheres sendo considerado pelo Ministério da Saúde como um fator de risco obstétrico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Entretanto, dados do IBGE de 2003 apresentaram uma média superior de escolaridade do sexo feminino em relação ao masculino, numa proporção de 7,0 contra 6,8. Isso reflete que a população feminina busca uma maior instrução escolar em função de transformações socioeconômicas, levando um aumento da participação feminina na renda das famílias (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2004).

Este estudo levantou que 215 (70,95%) puérperas eram casadas ou amasiadas e 88 (29,05%) solteiras (figura 3).

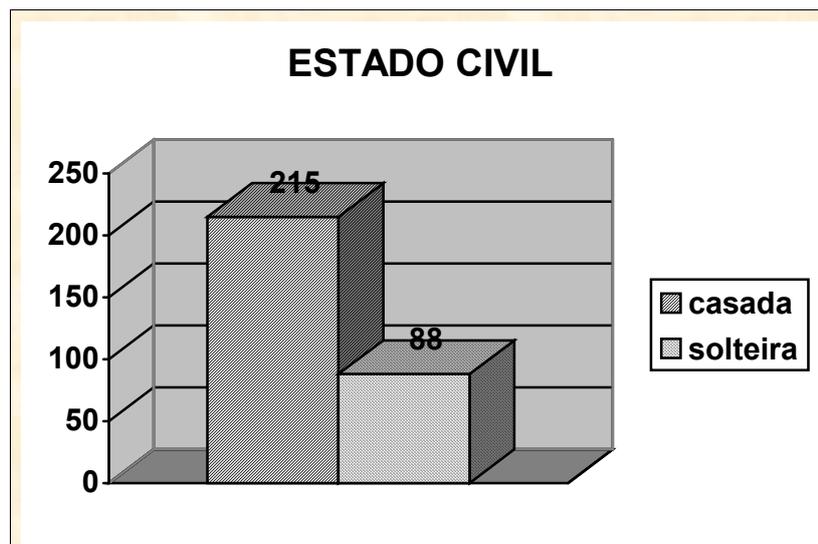


Figura 3: Gráfico de barras considerando a variável do estado civil

Fonte: da autora

Este resultado não confere com o censo demográfico de 2000, tendo evidenciado que os casamentos tiveram uma queda vertiginosa nas últimas décadas (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, on line, 2000).

Sá et al. (2001) realizaram um estudo onde foram incluídas 5519 mulheres que deram à luz na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro e observaram que 60,4% das participantes foram classificadas como casadas e 39,6% como solteiras.

No estudo realizado Spindola, Penna e Progianti (2006), em relação ao estado civil, constataram que existiu uma prevalência de casadas e que vive uma união estável, somando 72,7%, sendo 27,3% solteiras.

No contexto profissional foi constatado que 179 (59,07%) participantes eram do lar, 25 (8,25%) vendedoras, 16 (5,28%) empregadas doméstica, 12 (3,96%) auxiliares de serviços gerais, 10 (3,30%) secretárias, 12 (3,96%) babás, nove (2,97%) professoras, oito (2,64%) costureiras, seis (1,98%) diaristas, seis (1,98%) estudantes e 20 (6,60%) possuíam outras profissões (figura 4) como empacotadeiras, manicures, auxiliares de dentista, massoterapeutas, comerciantes, moto boy, operadoras de caixa, cozinheiras, cabeleireiras, cuidadoras de idosos, sendo o número para cada profissão igual ou inferior a três.

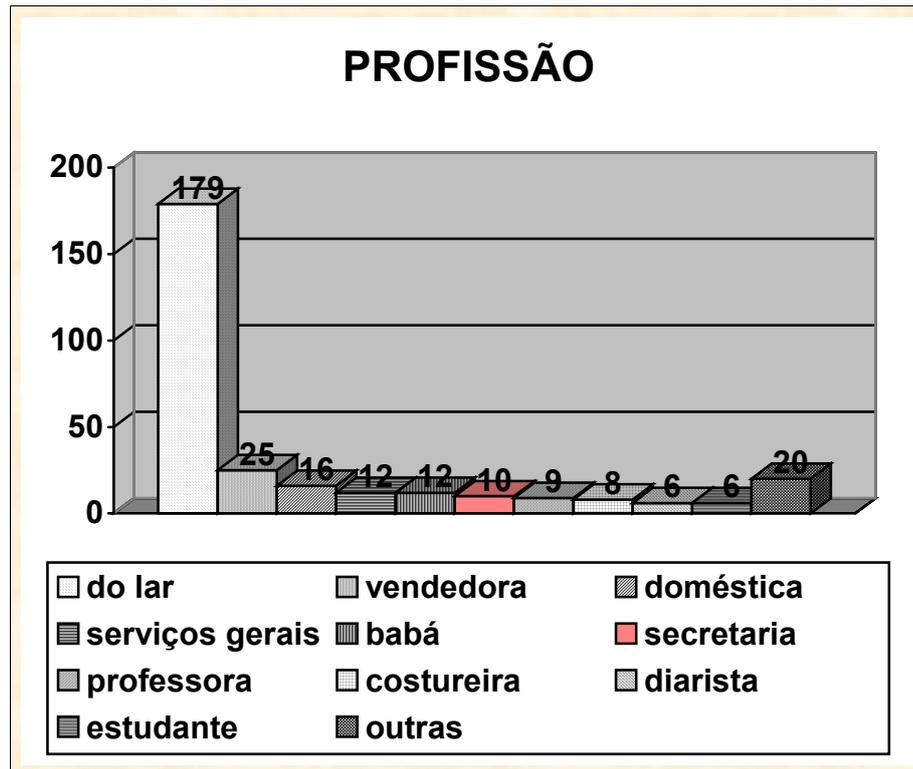


Figura 4: Gráfico de barras considerando a variável profissão
Fonte: da autora

Quanto à profissão ou ocupação das gestantes Spindola, Penna e Progianti (2006) encontraram em seu estudo que 33,8% das participantes não exercem atividade remunerada. Isso pode ser enquadrado na ocupação do lar do presente estudo, contudo o achado deste foi superior, mas em maior escala, assim como no estudo aqui citado. Os mesmos autores levantaram que 16,1% eram empregadas domésticas e 8,4% vendedoras.

A idade gestacional de nascimento foi de 35 semanas para cinco (1,65%) puérperas, 36 semanas para 25 (8,25%) puérperas, 37 semanas para 38 (12,54%) puérperas, 38 semanas para 62 (20,46%) puérperas, 39 semanas para 94 (31,02%) puérperas, 40 semanas para 59 (19,47%) puérperas, 41 semanas para 18 (5,94%) puérperas e 42 semanas para 2 (0,66%) puérperas (figura 5). Portanto 68 (22,44%) tiveram seus filhos na fase pré-termo da idade gestacional, 233 (76,89%) à termo e 2 (0,66%) no pós-termo (figura 6).

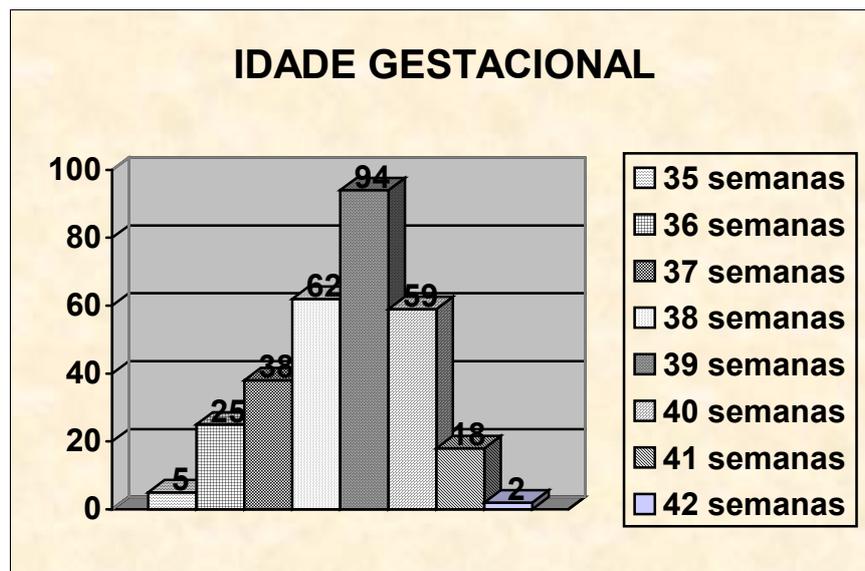


Figura 5: Gráfico de barras considerando a variável idade gestacional
Fonte: da autora

Segundo definições que foram adotadas pela Assembléia Mundial da Saúde (online, s/a), gravidez pré-termo refere-se àquela com 37 semanas ou menos de idade gestacional (menos de 259 dias). Neste caso o feto é considerado prematuro; gravidez à termo tem, em média, 40 semanas (280 dias), embora sejam considerados normais valores entre 38 e 42 semanas; já na gravidez pós-termo o parto ocorre com mais de 42 semanas (294 ou mais dias). Kisner e Konkler (1998) afirmam que normalmente uma gravidez tem a duração média de 40 semanas.

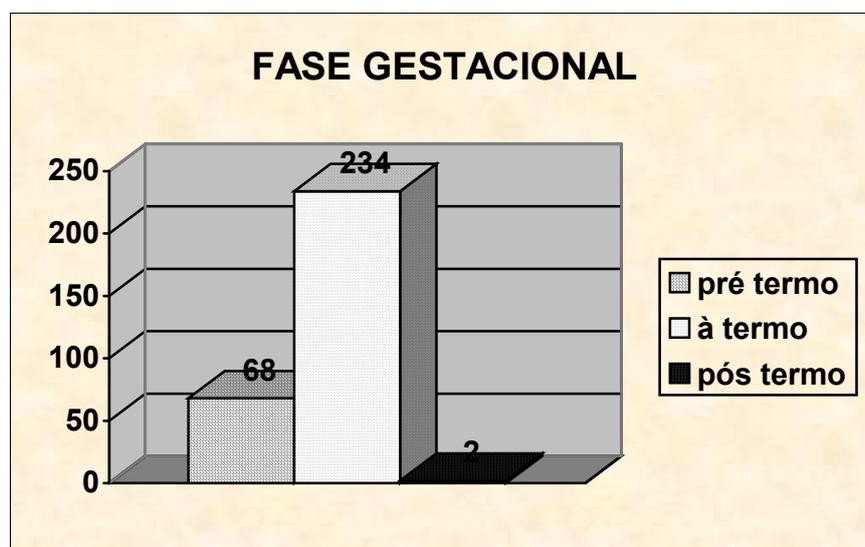


Figura 6: Gráfico de barras considerando a variável fase gestacional
Fonte: da autora

No que se refere ao número gestacional 130 (42,90%) participantes haviam passado pela primeira gestação, 113 (37,29%) pela segunda, 46 (15,18%) pela terceira, 11 (3,63%) pela quarta gestação e 3 (0,99%) pela quinta (figura 7), totalizando 553 partos, dos

quais, 331 (59,85%) foram de parto vaginal e 222 (40,15%) cesarianas (figura 8). Os relatos de abortos somaram-se 12 (2,16%) do número total de partos.

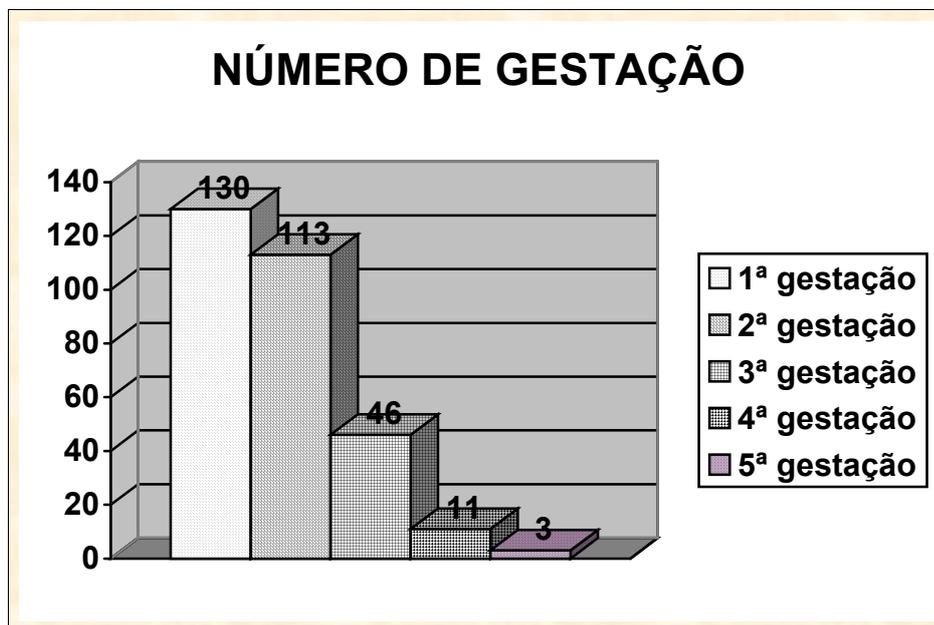


Figura 7: Gráfico de barras considerando a variável número de gestação

Fonte: da autora

Spindola, Penna e Progianti (2006) averiguaram em seu estudo que a maioria das gestantes era múltipara 58,4% e nulípara 41,5% sendo, na maioria dos casos, a segunda ou terceira gestação que estava evoluindo. A história obstétrica das gestantes revelou que entre as múltiparas (58,4%) ocorreram registros de 79 partos vaginais e 39 partos cesáreas, considerando todas as gestações.

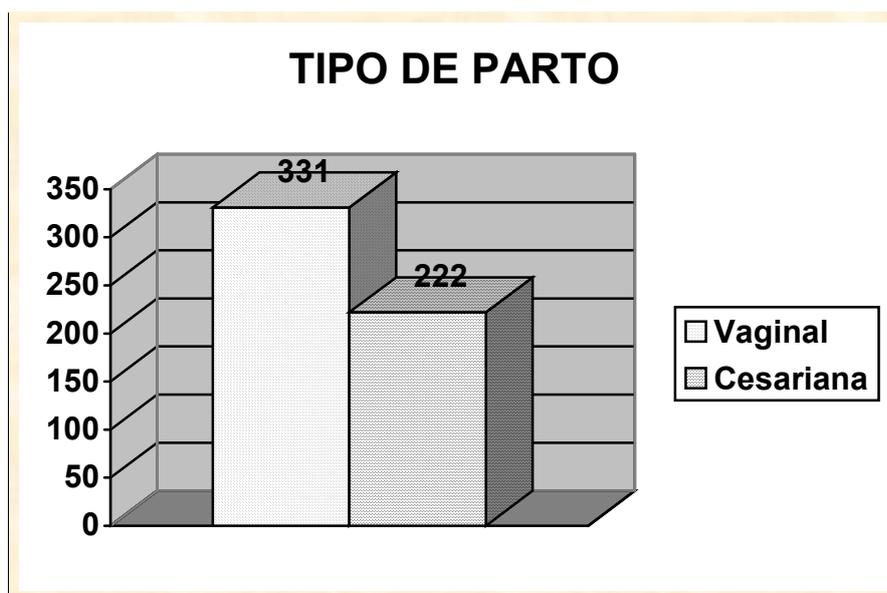


Figura 8: Gráfico de barras considerando a variável tipo de parto

Fonte: da autora

Durante a década de 1970 a proporção de partos cirúrgicos dobrou no Brasil e não diminuiu mais. Hoje as cesarianas correspondem a 30% dos partos feitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), única forma de acesso aos serviços de saúde para 58 milhões de mulheres em

idade reprodutiva. A cada minuto são feitas três cesarianas no Brasil: duas pagas pelo Sistema Único de Saúde e uma por convênios médicos privados; por ano são realizados no país 864 mil partos cirúrgicos, o equivalente a 40% do total de partos; 65% das cesarianas são consideradas desnecessárias e uma em cada mil mulheres que faz cesariana morre em consequência da cirurgia (ZORZETTO, 2006).

A Portaria GM 466/2000, propôs o Pacto Nacional pela Redução da Taxa de Cesárea. Segundo esta portaria, todas as Unidades da Federação deverão alcançar a taxa de 25%, no máximo, até 2007, num processo de redução gradual, isto para o Sistema Único de Saúde. Para as operadoras vinculadas à Saúde Suplementar (Planos de Saúde), foi proposta a redução de 15% de sua taxa de cesáreas, em 3 anos, ou seja, 5% a cada ano (SERGIPE, 2001). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de cesárea ideal é 15% referindo também que taxas muito inferior a 15% e muito superiores a 15% estão associadas a aumento da mortalidade materna e infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, on line, 2006). Neste estudo encontrou-se 59,85% (331) de partos vaginais e 40,14% (222) de partos cesáreas, o que está fora da meta para o SUS e distante da taxa de cesárea ideal que é de 15%.

CONCLUSÃO

Este estudo levantou que a grande maioria da população estudada estava entre 20 e 35 anos de idade, portanto, do ponto de vista obstétrico em idade ideal para se ter filhos, tinham o segundo grau completo, eram casadas ou amasiadas, não exerciam nenhuma atividade profissional remunerada (trabalhavam apenas no lar), tiveram seus filhos na idade gestacional desejada (à termo) e por parto vaginal, que é o almejado pelo Ministério da Saúde, contudo, não menos importante, foi encontrado neste estudo uma porcentagem considerável de mães adolescentes, puérperas sem o primeiro grau completo ou incompleto, solteiras, que exerciam atividades profissionais remunerada, que tiveram seus filhos na fase de pré-termo da idade gestacional e por meio de cesariana.

Após o conhecimento do perfil desta população, sugere-se que este trabalho possa servir de base para orientar a tomada de decisão e a definição de objetivos pautadas na intersectorialidade de ações para a intervenção mais eficiente e eficaz nas políticas de saúde, voltadas ao ciclo gravídico.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G.F.; NOGUEIRA, L.S.C.; VARELLA, T.C.N. Dermatologia e Gestação. **Anais Bras Dermatol**, v.80, n.2, 2005.
- AQUINO, M.L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad Saúde Pública**, v.19, p.377-88, 2003.
- ANDRADE, H.H.S.M. et al. Atendimento ambulatorial informatizado de adolescentes. **J Pediatr**, v.72, n.5, p.319-23, 1996.
- ARTAL, R.; WISWELL, R. A.; DRINKWATER, B. L. **O exercício na gravidez**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 1999.
- ASSEMBLÉIA MUNDIAL DA SAÚDE: **Resoluções WHA20. 19 e WHA43. 24** (de acordo com o Artigo 23 da Constituição da Organização Mundial da Saúde), disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/definicoes.htm>>. Acesso em 02 e abril de 2008.
- BERKOW, R. et al. **Manual merk de medicina**. 15ª ed. São Paulo: Rocca, 1989.
- BUCHABQUI, J.A.; ABEICHE, A.M.; BRIETZKE, E. **Assistência pré-natal**: Rotinas em obstetrícia. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- CARCELEN, M.T.; SOUZA, R.M. Gravidez na adolescência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47, 1995, Goiânia. **Anais**. Goiânia: Associação Brasileira de Enfermagem, 1995.
- COSTA, C.E.; GOTLIEB, S.L.D. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da declaração de nascidos vivos. **Rev Saúde Pública**, v.32, n.4, p.328-34, 1998.
- COVA, M.A.C. Embarazo en la adolescencia. **Rev Cubana Enfermag**, v.9, n.2, p.117-31, 1993.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).

Censo demográfico 2000, disponível em: <http://www.ibge.gov.br/indicadores_sociais/sintese_de_indicadores_sociais_2002>. Acesso em 12 de fevereiro de 2008.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Departamento de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.

GOMIDE, P. I. C. et al. Práticas parentais educativas e gravidez na adolescência. **Rev Méd Paraná**, v.63, n.2, p.32-6, 2005.

HALBE, H.W.; SANTANA, T.G.M. O estado e a atenção integral à saúde da mulher. In: HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Rocca, 1993.

KISNER, C.; KONKLER, C. P. Princípios de exercícios para a paciente obstétrica. In: KISNER, C.; COLBY, A.L. **Exercícios terapêuticos fundamentos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Manole, 1998.

LOPES, G.P. Psicossomática da adolescência. **Rev Bras Med Ginecol Obstetr**, v.8, n.2, p.82-3, 1997.

MATHEUS, M.; SALA, M.A. Crescimento intra-uterino normal. In: MATHEUS, M.; SALA, M.A. **Aspectos obstétricos e perinatais**. São Paulo: Guanabara Koogan, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. **Assistência Pré-Natal**: normas e manuais técnicos. 3ª ed. Brasília, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência pré-natal**: manual técnico. Brasília: secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Mulher**: Boletim Eletrônico. Brasília, ano 2, n. 4, ago/set, 2006, disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/BE%201%20%C3%81rea%20T%C3%A9cnica%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Mulher%20do%20MS>> Acesso em 12 de fevereiro de 2008.

MUELENAERE CORREA, M.G.B.R.; COATES, V. Gravidez. In: COATES, V.; FRANÇOSO, L.A.; BEZNOS, G.W. **Medicina do adolescente**. São Paulo: Sarvier, 1993.

PINTO, R.P.; AZEVEDO, C.M. A gravidez na adolescência na perspectiva dos profissionais de saúde. In: BARROSO, C. et al. **Gravidez na adolescência**. Brasília: Iplan/Ipea, 1986.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SÁ, R.A.M. et al. Sífilis e Gravidez: Avaliação da Prevalência e Fatores de Risco nas gestantes Atendidas na Maternidade de Escola – UFRJDST – **Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.13, n.4, p.6-8, 2001.

SERGIPE. **III Pesquisa de Saúde Materno-Infantil e Nutrição do Estado de Sergipe**. Universidade Federal da Bahia, Escola de Nutrição. Brasília, 2001.

SPINDOLA, T.; PENNA, L.H.G.; PROGIANTI, J.M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev Esc Enfermag USP**, v.40, n.3, p.381-8, 2006.

VIÇOSA, G. et al. Programa de assistência integral à gestante adolescente. **Rev Cien Materno - Infantil Ginecol**, v.11, n.1, p.20-5, 1992.

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

ZORZETTO, R. Saúde Reprodutiva: Escolha Errada. **Revista Lancet**. Pesquisa FAPESP 124. p.40-4, 2006.

Enviado em: outubro de 2008.

Revisado e Aceito: abril de 2009.