

## Desfechos desfavoráveis em parturientes de maternidades públicas de Fortaleza, Ceará: associação com fatores sociodemográficos, comportamentais e assistenciais

### *Unfavorable outcomes in parturient in public maternity hospitals in Fortaleza, Ceará: association with sociodemographic, behavioral and welfare*

Roumayne Fernandes Vieira Andrade <sup>1</sup>, Maria Alix Leite Araújo <sup>2</sup>, Cláudia Bastos da Silveira Reis <sup>3</sup>,  
Aline Sales Nunes <sup>4</sup>

#### Resumo

**Objetivo:** Analisar a associação entre desfecho desfavorável em gestações anteriores e fatores sociodemográficos, comportamentais e de assistência pré-natal, em parturientes admitidas em maternidades públicas de Fortaleza, Ceará. **Métodos:** Estudo transversal realizado em sete maternidades públicas de Fortaleza, Ceará. Foram entrevistadas 320 parturientes; a coleta de dados ocorreu de junho a setembro de 2010, por meio

de um formulário aplicado às parturientes e a busca nos prontuários, nas fichas de admissão e nos cartões de pré-natal. Foram realizadas análises uni e bivariada e aplicado o teste do qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. **Resultados:** A maioria das parturientes (70,0%) tinha de 20 a 34 anos de idade; 56,0% possuíam menos de nove anos de estudo e em 12,5% a renda familiar era menor que um salário mínimo. A prevalência de desfecho desfavorável foi de 38,4%. Observou-se associação para desfecho desfavorável: ser do interior ( $p=0,006$ ), não ter parceiro fixo ( $p=0,002$ ), usar drogas ilícitas ( $p=0,042$ ) e a multiparidade ( $p=0,000$ ). **Conclusão:** Fatores sociodemográficos, assistenciais e comportamentais podem influenciar o desfecho da gestação.

1. Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva. Docente da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande.

2. Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

3. Mestre em Saúde Coletiva. Enfermeira da UTI Neonatal do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (HDGMM) e da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) - Fortaleza, CE.

4. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq).

**Palavras-chave:** Saúde da mulher; Gestante; Promoção da saúde; Assistência.

## Abstract

**Objective:** Analyze the sociodemographic, behavioral and institutional factors associated with unfavorable outcomes in parturient. **Methods:** Cross-sectional study conducted in seven public maternities in Fortaleza, Ceará. 320 pregnant women were interviewed, data collection occurring from June to September 2010, via questionnaire administered to parturient, research of records, and admission/pre-natal cards. Univariate and bivariate analyses were performed and Pearson's chi-square or Fisher's exact test applied. **Results:** Most parturient, 70.0 % were 20-34 years old, 56 % had under nine years of secular education and 12,5% had a family income below minimum wage. The prevalence of unfavorable outcomes was 38.4 %. It was observed that being from non-capital cities ( $p=0,006$ ), not having a steady partner ( $p=0,002$ ), use of illicit drugs ( $p=0,042$ ) and multiparity ( $p=0,000$ ), were associated with unfavorable outcomes. **Conclusions:** Socio-demographic, care and behavioral factors may influence the outcome of a pregnancy.

**Keywords:** Basic health care; Health personnel; Programs and health projects evaluation; Permanent education.

## Introdução

A gestação é um fenômeno fisiológico, sendo concluída, na grande maioria das vezes, sem intercorrências. Entretanto, pode apresentar problemas que acarretam riscos para a mãe e/ou para o feto, provocando algum desfecho desfavorável. O abortamento, a natimortalidade e a prematuridade são alguns possíveis desfechos que representam problemas graves, complexos<sup>1,3</sup> e resultam em

elevados custos com internação<sup>2</sup>. Esses desfechos têm causas múltiplas que podem ser derivadas de fatores biológicos, sociais, ambientais, culturais e de falhas do serviço de saúde<sup>3</sup>.

No Brasil, se estima que a cada ano ocorram seis óbitos fetais para cada 1.000 nascidos vivos<sup>4</sup>. O aborto espontâneo ocorre em aproximadamente 10 a 15% das gestações<sup>6</sup> e a natimortalidade apresenta uma taxa de 11,4/1000 nascidos vivos. As regiões Nordeste e Norte apresentam as maiores taxas de mortalidade infantil e de natimortalidade<sup>5</sup>.

É possível evitar a maioria das intercorrências e mortes de mães e crianças por meio de uma adequada assistência durante o pré-natal, o parto e o puerpério. Analisar os aspectos relativos à assistência a mulher no ciclo gravídico puerperal gera indicadores importantes para a prevenção das intercorrências, que quando implementadas, podem influenciar positivamente nas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal<sup>7,8</sup>.

Garantir uma assistência de qualidade à mulher, especialmente no período gravídico-puerperal é uma meta do pacto pela vida<sup>9</sup>. Para tanto, o Ministério da Saúde vem investindo em ações que possam favorecer a melhoria da assistência à saúde da mulher, destacando-se a atenção pré-natal por meio da implantação das equipes de saúde da família e do monitoramento dos dados da assistência à gestante e à parturiente por meio do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL)<sup>5</sup>.

O SISPRENATAL é um sistema de acompanhamento do programa de humanização do pré-natal e do nascimento que subsidia os municípios e os estados

brasileiros com informações fundamentais para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações dispensadas à gestante e à puérpera. Tem por objetivo garantir a promoção, a prevenção e a assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, ampliando esforços no sentido de reduzir as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal<sup>5</sup>.

A análise do banco de dados do SISPRENATAL geralmente fica bastante comprometida devido à má qualidade das informações ou a falta de registros,<sup>10</sup> o que dificulta conhecer efetivamente as variáveis que podem estar influenciando negativamente nos indicadores de atenção à mulher.

Destaca-se ainda que identificar os fatores de risco não só em relação às questões relacionadas aos aspectos biológicos da gravidez, mas também ao contexto socioeconômico, comportamental e assistencial, pode possibilitar uma atenção mais contextualizada e contribuir para evitar maiores complicações para a mãe e a criança<sup>3,11</sup>. Por esse motivo, esse estudo tem por objetivo analisar a associação entre desfecho desfavorável em gestações anteriores e fatores sociodemográficos, comportamentais e de assistência pré-natal, em parturientes admitidas em maternidades públicas de Fortaleza, Ceará. Tem por propósito contribuir para o desenvolvimento de uma assistência pré-natal de qualidade, por meio do desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde adequadas à realidade de vida das mulheres.

## Métodos

Estudo transversal, realizado com parturientes admitidas em sete maternidades públicas, de Fortaleza, Ceará. São maternidades de referência que oferecem atendimento de nível secundário

e terciário, sendo seis vinculadas às secretarias estadual e municipal de saúde. Este estudo é parte de uma pesquisa que analisou a prevalência de sífilis em parturientes.

A população foi composta por parturientes admitidas no ano de 2009 e o cálculo do tamanho da amostra utilizou por base o total de 16.940 partos realizados nessas maternidades, prevalência de morte neonatal precoce de 1,6%<sup>13</sup>, erro amostral de 2% e o intervalo de confiança de 95%. A amostra necessária para a realização deste estudo correspondeu a 257 gestantes, que foi acrescida de aproximadamente 25% com o objetivo de reduzir o erro amostral e foi estratificada proporcionalmente considerando o total de partos realizados em cada maternidade. A amostra final correspondeu a 320 parturientes.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a setembro de 2010, por meio de um formulário previamente testado, aplicado às gestantes, cujas informações foram complementadas nos prontuários, nas fichas de admissão e nos cartões de pré-natal. Alunas do Curso de Graduação em Enfermagem, devidamente treinadas, visitaram diariamente as maternidades para a realização da coleta.

Considerou-se desfecho desfavorável quando existia no cartão da parturiente histórico de parto prematuro, abortamento espontâneo e natimorto em gravidezes anteriores. Foram estudadas as variáveis sociodemográficas: idade da mãe (em anos), escolaridade (em anos de estudo), procedência, ocupação (trabalha ou estuda), renda pessoal e familiar (em salários mínimos); comportamentais: início da atividade sexual, número de parceiros sexuais na vida, uso álcool e/ou drogas ilícitas; obstétricas: idade gestacional na ocasião do parto, número de gestações,

número de partos; Institucionais: realização do pré-natal (pelo menos uma consulta), idade gestacional do início do pré-natal e número de consultas.

Para a análise dos dados utilizou-se o pacote estatístico SPSS, versão 18.0. Realizou-se análise descritiva utilizando a distribuição de frequências para as variáveis qualitativas e cálculo de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis quantitativas. Para a análise bivariada aplicou-se o teste do qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, quando pertinente, para analisar associações estatísticas entre as variáveis categóricas, estabelecendo um nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Esse estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, sob Parecer nº 271/2008. O acesso aos dados dos prontuários médicos e das fichas de admissão ocorreu após assinatura do termo de Fiel Depositário. Os diretores das maternidades assinaram documento autorizando a realização da pesquisa. Todas as parturientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No caso de menores de 18 anos, os termos foram assinados pelos responsáveis maiores de 18 anos.

## Resultados

Das 320 parturientes, 123 (38,4%) haviam apresentado algum desfecho desfavorável em gestações anteriores (8,8% de natimorto, 49,0% de parto prematuro e 42,2% de aborto). A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos, comportamentais, obstétricos e institucionais das parturientes. A maioria (70,0%) encontrava-se na faixa etária de 20 a 34 anos, 179 (56,0%) tinham menos de nove anos de estudo e 40 (12,5%) possuíam renda familiar menor que um salário mínimo. Verificou-se que 134 (41,9%) iniciaram a atividade sexual antes dos 15 anos, 224 (70,0%) tiveram mais de dois parceiros sexuais ao longo da vida e 217 (67,8%) relataram queixa genital. Com relação às drogas ilícitas, 18 (5,6%) referiram fazer uso e 84 (26,3%) tiveram ou tinham parceiros sexuais adictos.

A maioria realizou o pré-natal (96,2%) e o iniciou com 13 ou mais semanas de gestação (61,4%). Foram diagnosticadas 10 mulheres (3,1%) com sífilis na gestação e cinco (1,6%) informaram que realizaram tratamento, e uma (0,3%) foi considerada adequadamente tratada (três doses de penicilina benzatina e parceiro sexual tratado). Ressalta-se que a maioria (82,1%), realizou pré-natal nas unidades de atenção primária de saúde.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas e comportamentais de parturientes admitidas nas maternidades públicas. Fortaleza, Ceará, 2010.

VARIÁVEIS	Média (DP)	N	%
<b>Faixa etária (em anos)</b>	24,8 (6,3)		
≤ 19		68	21,3
20 – 34		224	70,0
≥ 35		38	8,8
<b>Escolaridade (em anos)</b>	8,2 (2,9)		
≤ 4		34	10,7
5 – 9		145	45,3

> 9		141	44,1
<b>Renda Familiar (salários mínimos)</b>	883,33 (548,20)		
< 1		40	12,5
≥ 1		280	87,5
<b>Início da atividade sexual (em anos)</b>	16,2 (2,6)		
≤ 15		134	41,9
> 15		186	58,1
<b>Nº de parceiros sexuais na vida</b>	4,9 (12,4)		
1		96	30,0
≥ 2		224	70,0
<b>Parceiro usuário de drogas ilícitas?</b>			
Sim		84	26,3
Não/Ignorado		224	73,8
<b>Queixas de DST</b>			
Sim		217	67,8
Não/Ignorado		103	32,2

A tabela 2 apresenta os dados sociodemográficos e comportamentais associados ao desfecho desfavorável da gestação. Entre as mulheres que tinham renda familiar inferior a um salário mínimo, a maioria (71,4%) apresentou alguma complicação na gestação. Observou-se

que houve associação estatística entre ser do interior e ter desfecho desfavorável da gestação ( $p=0,006$ ). Não ter parceiro fixo foi outro fator que mostrou significância relacionada ao desfecho desfavorável da gestação ( $p=0,002$ ).

Tabela 2. Dados sociodemográficos e comportamentais associados ao desfecho desfavorável em parturintes admitidas em maternidades públicas. Fortaleza, Ceará, 2010.

Variável	Parturientes		Desfecho desfavorável		Valor p
	n	%	n	%	
<b>Idade</b>					0,378
<19	68	21,3	23	33,8	
≥19	252	78,7	100	39,7	
<b>Renda familiar</b>					0,070
<1	7	2,2	5	71,4	
≥1	313	97,8	118	33,6	
<b>Procedência</b>					0,006
Fortaleza	226	70,6	76	33,6	
Interior	94	29,4	47	50,0	
<b>Trabalha/Estuda</b>					0,487
Sim	130	40,6	47	31,6	
Não	190	59,4	76	40,0	
<b>Queixa genital</b>					0,259
Sim	217	67,8	88	40,6	
Não	103	32,2	35	34,0	

<b>Tem parceiro</b>					0,002
Sim	276	86,3	97	35,1	
Não	44	13,7	26	59,0	
<b>Uso de drogas</b>					0,042
Sim	18	5,6	11	61,1	
Não	302	94,4	112	37,1	

A tabela 3 apresenta os fatores da assistência pré-natal, associando-os ao desfecho desfavorável da gestação. A maioria das parturientes que não realizou pré-natal (58,3%) apresentou algum

problema relacionado à gestação, contudo sem apresentar significância estatística. Ser multigesta esteve associado ao desfecho desfavorável da gestação ( $p=0,000$ ).

Tabela 3. Fatores assistenciais associados ao desfecho desfavorável da gestação em parturientes admitidas em maternidades públicas. Fortaleza, Ceará, 2010.

Variável	Parturientes		Desfecho desfavorável		Valor p
	n	%	n	%	
<b>Realizou Pré-Natal</b>					0,149
Sim	308	96,3	116	37,7	
Não	308	3,7	7	58,3	
<b>Início do pré-natal</b>					0,333
< 12 semanas	92	31,7	37	40,2	
≥ 12 semanas	198	68,3	68	34,3	
<b>Nº de consultas</b>					0,830
<6	137	46,0	51	37,2	
≥ 6	161	54,0	58	36,0	
<b>Nº de partos</b>					0,090
< 12 semanas	144	45,0	48	33,3	
≥ 1	176	55,0	75	42,6	

## Discussão

A maioria das parturientes se encontrava na faixa etária de 20 a 34 anos, entretanto, percebeu-se um número considerável de gestações na adolescência, corroborando com estudos anteriores que traçaram o perfil de gestantes<sup>14-15</sup>. Apesar de, nesse estudo, a gravidez na adolescência não ter apresentado significância estatística com histórico de desfecho desfavorável, as adolescentes grávidas necessitam de abordagens específicas e políticas públicas, considerando que estudos mostram que a gravidez nessa fase da vida as expõe a riscos<sup>16-18</sup>.

Baixa renda familiar e baixa escolaridade são geralmente características

comuns entre usuárias do serviço público de saúde no Brasil<sup>19</sup>, encontrado também entre as parturientes estudadas. Para o Ministério da Saúde, a baixa escolaridade é considerada fator de risco obstétrico, pois pode dificultar a compreensão das orientações acerca dos cuidados necessários durante a gestação<sup>9</sup>. Ademais, estudos mostram que mulheres com baixa escolaridade ingressam tardiamente no pré-natal<sup>20,21</sup>, apresentam alimentação inadequada, hábitos e vícios prejudiciais à saúde<sup>22</sup>.

A renda familiar inferior a um salário mínimo e ser solteira são situações que estão relacionadas à maior dificuldade de acesso às ações recomendadas durante o

pré-natal e que podem levar a desfechos desfavoráveis. Estudo realizado com gestantes em Pelotas, Rio Grande do Sul, mostrou que mulheres com perfil semelhante realizam menos consultas de pré-natal e têm maior chance de não realizar os exames no pré-natal<sup>23</sup>.

A maioria das parturientes que tinha iniciado a atividade sexual até 20 anos de idade havia tido mais de dois parceiros sexuais e relatou alguma queixa genital. Apesar de não ter apresentado significância estatística com desfecho desfavorável, a ocorrência de uma doença sexualmente transmissível (DST) durante a gestação representa risco aumentado de morbidade e mortalidade para o feto e o neonato em virtude da possibilidade de transmissão vertical<sup>24,25</sup>. As queixas genitais referidas pelas parturientes precisam ser analisadas com cautela, considerando que muitas mulheres podem ter referido o aumento do fluxo vaginal como problema, o que não necessariamente representa uma DST, uma vez que durante a gestação há um aumento no fluxo.

O desfecho desfavorável da gestação pode ser o reflexo da má qualidade da atenção pré-natal e ao parto. Nesse estudo, a prevalência de desfechos desfavoráveis em parturientes foi de 38,4%, um percentual superior ao encontrado em mulheres expostas a contaminantes ambientais na baixada santista<sup>26</sup>.

A maior concentração de serviços de saúde nos grandes centros urbanos dificulta o acesso das gestantes residentes em cidades do interior, que muitas vezes desprovidas de assistência especializada, aumentam a demanda das maternidades da capital. Nesse estudo, entre as mulheres procedentes do interior do estado, metade havia apresentado algum desfecho negativo em gestação anterior.

É possível que as mulheres que vêm parir na capital tenham sido encaminhadas para uma assistência mais especializada após serem avaliadas e consideradas de risco. Em cidades do interior do Estado, o acesso às maternidades de maior complexidade, bem como a disponibilidade de UTI neonatal são fatores que retardam o atendimento à parturiente. Além das longas distâncias percorridas, muitas vezes em transportes inadequados. Essas dificuldades são enfrentadas principalmente por não existirem sistemas de comunicação e de referência adequados<sup>27-29</sup>.

Outro fator considerado de risco para a gestação é a situação conjugal insegura<sup>30</sup>. Estudo em que foi relacionada a exposição materna aos fatores de risco para partos prematuros, verificou que a falta de apoio de um companheiro parece contribuir para o aumento do estresse emocional e, provavelmente, desencadear o início do trabalho de parto antecipado<sup>14</sup>. No nosso estudo, mais da metade das mulheres que não tinham parceiro apresentaram algum dos desfechos desfavoráveis.

A mortalidade perinatal tem sido considerada o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde, de modo a dar visibilidade ao problema e propiciar a identificação das ações de prevenção para o alcance de ganhos mútuos na redução da morte fetal e neonatal precoce evitável<sup>3</sup>.

Apesar de a não realização de consultas de pré-natal não ter associação estatística com o desfecho desfavorável da gestação, mais da metade das mulheres que não realizou pré-natal apresentou essa intercorrência. Mesmo havendo número adequado de consultas, ainda persistem problemas relacionados ao acesso precoce das gestantes à consulta pré-natal e aos exames complementares, situações que

podem gerar complicações no momento do parto<sup>16, 31</sup>.

Esses dados precisam ser analisados com cautela. Como se trata de um estudo transversal fica impossível determinar a temporalidade em relação a algumas variáveis e o desfecho desfavorável como, por exemplo, uso de drogas anterior ao desfecho, e também não evidenciou detalhes da qualidade da assistência pré-natal devido a possibilidade da intercorrência estar relacionada à assistência ao parto.

## Conclusão

Fatores sociodemográficos, comportamentais e de assistência pré-natal podem influenciar o desfecho de uma gestação. Assim, ser do interior, não ter parceiro fixo, usar drogas ilícitas e a multiparidade, estiveram relacionados ao desfecho desfavorável de gestações de parturientes atendidas em maternidades públicas de Fortaleza, Ceará.

Identificar e acompanhar os fatores que podem acarretar em complicações para a parturiente e o feto contribui para que se desenvolva uma assistência pré-natal de qualidade e seja possível elaborar estratégias de promoção da saúde adequadas à realidade de vida dessas mulheres.

## Referências

1. Diniz D. Aborto e saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(9):1992-93.
2. Menezes G, Aquino EML. Research on abortion in Brazil: gaps and Challenges for the public health field. Cad. Saúde Pública. 2009; 25 Sup 2:S 193-S204.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. SispreNatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. [Acesso em: 27 set 2012]. Disponível em: <<http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=01>>.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
7. Lima S, Carvalho ML, Vasconcelos AGG. Proposta de modelo hierarquizado aplicado à investigação de fatores de risco de óbito infantil neonatal. Cad Saúde Pública. 2008; 24(8):1910-6.
8. Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho,SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública. 2009; 43(2): 246-55.
9. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. SISPRENATAL as a tool for evaluating quality of prenatal care. Rev Saúde Pública. 2011; 45(5): 854-64.
11. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, 1999-2001. Rev Saúde Pública. 2008; 42(5): 895-902.
12. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. [Acesso em 29 set 2012]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=230440>>
13. Ministério da Saúde. [Internet]. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal.

- [Acesso em: 26 Ago 2011]. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>>.
14. Silva LA, Silva RGA, Rojas PFB, Laus FF, Sakae TM. Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência em Santa Catarina. *Rev da AMRIGS*. 2009; 53(4): 354-60.
  15. Peixoto CR, Freitas LV, Teles LMR, Campos FC, Paula PF, Damasceno AKC. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para a reorganização da assistência obstétrica. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(2): 286-91.
  16. Hau LC, Nascimento LFC, Tomazini JE. Geoprocessamento para identificar padrões do perfil de nascimento na região do Vale do Paraíba. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(4): 171-6.
  17. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(7): 326-34.
  18. Spindola T, Silva LFF. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. *Esc Anna Nery*. 2009;13(1): 99-107.
  19. Zimmermann JB, Nani ACG, Junqueira CB, Iani GCM, Bahia GGS. Aspectos ginecológicos e obstétricos de pacientes atendidas nos serviços público e privado de saúde. Há diferenças? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011; 33(12): 401-7.
  20. Rasia ICRB, Albernaz E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2008; 8(4): 401-10.
  21. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(11): 2507-16.
  22. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc Anna Nery*. 2009;13(2): 297-304.
  23. MF, Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Victora CG. Diferenciais socioeconômicos na realização de exame de urina no pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(3): 389-95.
  24. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
  25. Nascimento MI, Cunha AA, Guimarães EV, Alvarez FS, Oliveira SRSM, Bôas ELV. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(2): 56-62.
  26. Guimarães MT, Cunha MG, Carvalho DP, Sampaio T, Braga ALF, Pereira LAA. Desfechos relacionados à gravidez em áreas contaminadas, SP, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(4): 598-608.
  27. Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(3): 553-9.
  28. Cardoso LM, Souza MMCF, Guimarães RUC. Morte materna: uma expressão da “questão social”. *Serv Soc Soc*. 2010; (102): 244-68.
  29. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviço de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(3): 451-7.
  30. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área temática de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
  31. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudoeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(11): 563-9.
  32. Borges ALV, Cavaliheri FB, Hoga LAK, Fujimori E, Barbosa RL. Planejamento de gravidez: prevalência e aspectos associados. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45 (spe2): 1679-84.

---

#### Endereço para correspondência

Roumayne Fernandes Vieira Andrade  
 Rua Antônio de Souza Lopes, 100, apt  
 1801B Catolé - CEP 58.444-000  
 Campina Grande - PB