

PERFIL DE GESTANTES ATENDIDAS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ: SUBSÍDIO À ASSISTÊNCIA

PREGNANT WOMEN'S PROFILE ATTENDED BY THE FAMILY HEALTH PROGRAM IN A CEARÁ'S HEALTH REGION: SUBSIDY TO THE ASSISTANCE

PERFIL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA DE UNA REGIÓN DE SALUD DE CEARÁ: SUBSIDIO A LA ASISTENCIA

ESCOLÁSTICA REJANE FERREIRA MOURA¹

MARIA SOCORRO PEREIRA RODRIGUES²

RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA³

O estudo teve por objetivo identificar e analisar o perfil de 30 gestantes de uma microrregião de saúde do Ceará – Baturité. Os dados foram coletados através de entrevista, nos meses de maio e junho de 2001. Encontrou-se 13 (43,4%) das gestantes em extremos da idade reprodutiva; 21 (70%) possuíam escolaridade abaixo do 1º. grau completo; 4 (13,3%) não tinham renda e 23 (76,7%) tinham renda de até cem reais (R\$ 100,00) mensais; 7 (23,35%) mulheres tinham gesta igual ou maior que quatro, estando uma em gesta oito e outra em gesta doze; 26 (86,7%) não haviam planejado a gravidez, mesmo assim, 22 (73,4%) se diziam muito satisfeitas com a gravidez. Demonstrou-se a necessidade das equipes do PSF planejarem suas ações com base no perfil social da clientela, sob pena de obterem pouco impacto nas condições de saúde de mãe e concepto.

UNITERMOS: *Cuidado pré-natal; Programa saúde da família; Perfil social.*

The study had as an objective the identification and analysis of 30 profiles of pregnant women who are inhabitants of one of Ceará's health microregions – Baturité. The data were collected through interviews, in the months of May and June of 2001. It has been found that 13 (43,4%) of the pregnant women were in the extremes of childbearing age; 21 (70%) had not even finished grade school; 4 (13,3%) did not have any source of income and 23 (76,7%) reached an income of up to one hundred reais (R\$ 100,00) a month; 7 (23,35%) women had had four or more pregnancies, one of them having her eighth pregnancy and another one having her twelfth pregnancy; 26 (86,7%) had not planned the pregnancy, even so, 22 (73,4%) of them were very satisfied with the pregnancy. The necessity of the FHP's teams to plan their actions on the basis of the clientele's profile has been demonstrated, otherwise, a far-reaching impact will not be achieved in the mother's and in the baby's health conditions.

KEY WORDS: *Prenatal care; Family Health Program; Social profile.*

El estudio se fundamentó en identificar y analizar el perfil de 30 embarazadas que viven en una micro región de salud de Ceará – Baturité. Los datos se obtuvieron a través de entrevista, en los meses de mayo y junio del 2001. Se reveló que 13 (el 43,4%) de las gestantes estaban al extremo de su edad reproductiva; 21 (el 70%) tenían apenas escolaridad, con enseñanza primaria incompleta; 4 (el 13,3%) no poseían ninguna renta y 23 (el 76,7%) renta de hasta cien reales (R\$ 100,00) al mes; 7 (el 23,35%) mujeres habían pasado por cuatro o más gestaciones, estando una de ellas en su octava gestación y otra en en la décimosegunda gestación; 26 (el 86,7%) no habían planeado el embarazo, así mismo, 22 (el 73,4%) se mostraban muy satisfechas con el embarazo. El estudio señaló la necesidad de que los equipos del PSF planifiquen sus acciones sobre la base del perfil social de las pacientes, corriendo el riesgo de obtener poca repercusión en las condiciones de salud de la madre y en el concepto.

PALABRAS CLAVES: *Atención prenatal; Programa Salud de la Familia; Perfil social.*

¹ Enfermeira. Especialista em Perinatologia. Doutoranda em Enfermagem. Assessora técnica da Secretaria de Saúde do Ceará. Av. Filomeno Gomes, no. 80. Apto. 401. Jacarecanga. 60.010-280. Fortaleza-CE. escolpaz@yahoo.com.br

² Enfermeira. Profa. Adjunta da Universidade Federal do Ceará. Dra. em Filosofia da Enfermagem.

³ Profª Dra. titular da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

INTRODUÇÃO

O processo de reforma sanitária no Brasil segue a tendência mundial, embora de maneira lenta. Sua implementação não tem sido tarefa fácil, uma vez que o modelo biomédico de organização do serviço fortemente estabelecido e associado com uma estrutura social excludente e um modelo econômico concentrador de renda, são as maiores barreiras ao seu pleno estabelecimento¹. A esse respeito, afirma-se que a qualidade de vida de uma população tem relação direta com as políticas de saúde desenvolvidas pelo País, Estado ou Município e que as regras que guiam as atividades do setor saúde devem objetivar, de uma maneira geral, a diminuição das diferenças sociais, econômicas e culturais entre os diversos sub-grupos populacionais para garantia de um estado de saúde desejável².

No Brasil, a partir de 1994, deu-se início a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), como uma estratégia para reverter a atual forma de prestação de assistência à saúde, incorporando ações programáticas mais abrangentes, com caráter coletivo. O aspecto intersetorial também foi assimilado como sendo de fundamental importância para o sucesso das ações conducentes à saúde e a melhoria da qualidade de vida da população, buscando fortalecimento na educação, no trabalho e ação social, no saneamento básico e proteção do meio ambiente, dentre outras áreas³. Neste contexto ressalta-se que desde a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, com o lançamento da Carta de Otawa, seguida pela Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá até a Declaração de Jakarta, ocorrida em 1997, as principais recomendações apresentadas pelos respectivos eventos à reordenação dos serviços de saúde foram para o desenvolvimento de medidas intersetoriais e de incentivo a participação comunitária⁴.

O funcionamento do PSF ocorre a partir de um trabalho em equipe, com busca permanente de comunicação e troca de saber entre profissionais e população. As atividades são realizadas ora nas Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família (UBASF), ora nos domi-

cílios e nos espaços comunitários, tendo como pressuposto uma atuação diferenciada, na medida em que se propõe o estabelecimento de vínculo da equipe com as famílias e comunidade, tendo em vista uma relação de co-responsabilidade da população adstrita com relação à própria saúde. As equipes devem realizar um diagnóstico da comunidade, a fim de definir prioridades para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas adequadas à realidade das necessidades locais. E, ainda, discutir o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam, na própria equipe de trabalho e com a comunidade, o que se constitui responsabilidade primeira dos profissionais que respondem pela implementação do PSF⁵.

No contexto do PSF, a assistência ao pré-natal, portanto, retoma metas bem mais abrangentes, já defendidas por alguns autores ao afirmarem que os aspectos psicológico, educacional e social da gestante devem ser acompanhados, bem como realizada a busca de identificação das situações de alto risco, no sentido de proteger e suprir deficiências dos organismos da mãe e do feto, a fim de preservá-los de inúmeros agravos aos quais poderão estar susceptíveis^{6,7}.

Diante do exposto, percebe-se, pois, a necessidade dos profissionais de saúde de conhecerem e acompanharem não somente os aspectos biológicos da gestação, mas estarem determinados a uma investigação e intervenção com relação ao perfil social das mulheres grávidas. Assim, decidiu-se pela realização do presente estudo que tem por objetivo identificar e analisar o perfil de 30 gestantes assistidas em uma microrregião de saúde do Ceará. Com a referida análise pretende-se sinalizar com estratégias de atuação das equipes do PSF junto às gestantes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, que tomou por base os dados coletados junto a 30 gestantes que frequentavam serviços pré-natais oferecidos por equipes do saúde da família (ESF) da microrregião de saúde de Baturité, no Ceará, no período de abril a julho de 2001. A referida região de saúde é composta por oito municípios, os

quais são: Aratuba, Mulungu, Guaramiranga, Pacoti, Baturité, Itapiúna, Aracoiaba e Capistrano. Possui uma população de 126.288 hab., com uma estimativa de 2.526 gestantes/ano, donde se espera que 2.147 dessas mulheres tenham suas necessidades atendidas e resolvidas no nível primário de atenção, ou seja, através dos serviços prestados pelas ESF.

Ressalta-se que o número de gestantes foi delimitado pela saturação das falas em detrimento a atender um outro objeto de investigação da autora, sendo, portanto, este estudo, um recorte de uma pesquisa mais abrangente. Adotou-se o referencial de autoras que afirmam ser a repetição das informações uma sinalização para que o tamanho da amostra seja considerado satisfatório⁸.

Utilizou-se a técnica de entrevista, seguindo um roteiro pré-estabelecido que foi testado com oito gestantes, no mês de abril de 2001, nos municípios de Aratuba e Baturité, quando foi validado a partir de pequenos ajustes. A entrevista faz parte da relação mais formal do trabalho de campo, em que, intencionalmente, o pesquisador obtém informações, por meio da fala dos atores sociais⁹. Para este autor a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo, para obtenção de dados objetivos e subjetivos sobre determinada temática. Optou-se pela modalidade de entrevista semi-estruturada, por esta permitir, também, que o informante aborde, livremente, o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Os dados foram coletados, em sua maioria, nas Unidades Básicas de Atenção à Saúde da Família (UBASF) e as demais, no domicílio das próprias gestantes. Esta tarefa contou com a colaboração de enfermeiras, agentes de saúde e auxiliares de enfermagem, no sentido de guiar e acompanhar a pesquisadora aos referidos domicílios. As informações foram registradas pela pesquisadora concomitante aos depoimentos emitidos pelas gestantes.

Foram levantadas informações a respeito das seguintes variáveis: faixa etária, estado civil, escolaridade, renda familiar e fonte de renda, número de gestações, se a gravidez seguiu ou não um planejamento e grau de satisfação dessas mulheres com relação à gestação, o que

respondido conforme as opções de muito satisfeita, satisfeita ou insatisfeita.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE), do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, em conformidade com as normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde¹⁰. Foi financiada, em parte, pela Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa (FUNCAP), sob a forma de bolsa de demanda social. Contou-se, ademais, com o apoio da Secretaria de Saúde do Ceará, no tocante à viabilização de transporte para a realização do trabalho de campo.

RESULTADOS

Entre as gestantes pesquisadas, 13 (43,4%) estavam grávidas em extremos da idade reprodutiva, sendo 11 (36,6%) na fase considerada da adolescência (até os 19 anos) e outras 2 (6,6%) acima dos 35 anos.

Quanto ao estado civil, somente 1 (3,3%) gestante não se encontrava em união com o pai da criança. O nível de escolaridade de 21 (70%) dessas mulheres mostrou-se inferior ao ensino fundamental completo e quanto à renda familiar, ficou evidenciado que 4 (13,3%) das gestantes não dispunham de qualquer renda, estando o sustento da família à mercê de parentes e vizinhos; 23 (76,7%) das gestantes afirmaram dispor de uma renda familiar inferior a um salário mínimo / mês, ou seja, seus companheiros trabalhavam no "roçado", que com uma diária de R\$3,00 (três reais) a R\$5,00 (cinco reais), resultava em uma renda familiar mensal que variava de R\$ 60,00 (sessenta reais) a R\$100,00 (cem reais).

Quanto à história reprodutiva, foram identificadas 7 (23,3%) das gestantes na quarta ou mais gestações. Sobre o planejamento ou não da gestação atual e quanto ao grau de satisfação das mulheres, com relação ao estado gestacional, 26 (86,7%) não haviam planejado a gravidez, porém, dessas, 18 se diziam muito satisfeitas.

Os respectivos resultados foram consolidados na tabela que apresenta-se a seguir:

TABELA 1 – PERFIL DE GESTANTES ATENDIDAS NO PSF MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE BATURITÉ-CE, 2001.

Variáveis	Frequência absoluta (Fa)	Frequência relativa (%)
Faixa etária		
Até 19anos	11	36,7
Entre 20 e 35 anos	17	56,6
Acima de 35 anos	2	6,7
Total	30	100
Estado civil		
Casada	9	30
Solteira com companheiro fixo	20	66,7
Solteira e sem companheiro	1	3,3
Total	30	100
Escolaridade		
Analfabetas	2	6,7
Alfabetizadas e/ou com ensino fundamental incompleto	19	63,3
Ensino fundamental completo		
Ensino médio incompleto	3	10
Ensino médio completo	4	13,3
Total	2	6,7
	30	100
Renda familiar	Fonte de renda	
Sem renda	Sem fonte	4
Até R\$100,00/mês	Lavoura	23
Até 1 salário/mês	Aposentadoria	1
De 1 a 3 salários/mês	Serviço público municipal	2
Total		30
		13,3
		76,7
		3,3
		6,7
		100
Número de gestações		
1 a 3	23	76,7
4 a 6	5	16,7
8	1	3,3
12	1	3,3
Total	30	100
Planejamento ou não da gravidez		
Sim	4	13,3
Não	26	86,7
Total	30	100
Grau de satisfação com relação a gravidez		
Muito satisfeita	22	73,4
Pouco satisfeita	4	13,3
Insatisfeita	4	13,3
Total	30	100

DISCUSSÃO

Foi detectado um elevado percentual de gestações nos extremos da idade reprodutiva (43,4%), no universo das 30 gestantes pesquisadas, estando a gravidez na adolescência bastante significativa (36,7%). No âmbito global dessa regional de saúde, dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ¹¹ revelaram no mês de abril do mesmo ano, que 23,4% das gestantes cadastradas tinham menos de 20 anos. Ambas as informações alertam para o problema das elevadas proporções de gravidez precoce, dados bem semelhantes à média nacional, que estima a taxa

de gravidez na adolescência para algo em torno de 20 a 25% do total de mulheres gestantes¹².

Como medida de precaução e prevenção de agravos e na concepção da saúde do binômio mãe / filho, tanto a gravidez na adolescência como a gravidez após os 35 anos, deveriam ser evitadas. Segundo organizações internacionais ligadas à saúde, por questões de saúde, nenhuma jovem deveria engravidar antes dos 18 anos, tendo-se por justificativa o fato de que a mulher não está fisicamente madura para engravidar antes dessa idade, além do que, bebês nascidos de mulheres com menos de 18 anos são mais propensos à prematuridade e ao baixo peso ao nas-

cer; têm mais chances de morrer, durante o primeiro ano de vida, além do risco para a saúde da própria mãe também ser maior. Com relação à gravidez após os 35 anos, o risco de complicações também é aumentado, tanto durante a gravidez, quanto por ocasião do parto, devido a maior propensão às hemorragias, aos partos prematuros e a má formação fetal¹³.

Para alguns autores, a falta de informação correta associada aos fatores sociais que, por um lado estimulam a vida sexual das adolescentes e, por outro lado pode lhe trazer prejuízos, juntando-se também a isso a falta de acesso a serviços adequados nessa faixa etária, levam uma grande parte dos adolescentes a iniciar sua vida sexual sem praticar a anticoncepção, resultando, quase sempre, em gravidez precoce e indesejada. Os mesmos autores consideram que qualquer esforço para melhorar o atendimento em saúde reprodutiva dos adolescentes, deve incluir, necessariamente, a participação da comunidade, especialmente dos pais e professores¹⁴. Um estudo realizado sobre a situação da gravidez em adolescentes de uma comunidade de Recife demonstrou que aspectos da estrutura familiar como ausência do pai e/ou da mãe do domicílio, desemprego paterno e/ou materno e a menos participação da família em grupos comunitários repercutem na vida dos adolescentes e na sua condição de gravidez ou maternidade¹⁵. Desta forma, acredita-se que um trabalho mais coerente com a realidade dos adolescentes possa ser desencadeado no contexto do PSF, pelo seu caráter de envolvimento com a escola, família e comunidade.

A respeito do estado civil, somente uma gestante, por sua vez adolescente, não se encontrava em união com o companheiro. Esta realidade conjugal parece ser bem específica no universo das gestantes estudadas, uma vez que não corresponde com dados da literatura, principalmente quando se trata das relações entre adolescentes. Afirma-se, por exemplo, que o adolescente é, continuamente, mais convocado a consumir imagens do que a refletir, elaborar e tomar decisões conscientes¹⁶. Com isso, são conduzidos a permanecer na periferia de si mesmos, tornando difícil a construção de projetos pessoais que lhes possibilitem reconhecerem-se como pessoas de valor. Sem projetos, não encontram motivos para a autovalorização, acabando por desvalorizar também o outro, no caso, a adolescente grávi-

da e o futuro bebê. Este desfecho traz conseqüências desastrosas para a sociedade, uma vez que conhecemos as dificuldades psíquicas e sociais resultantes da falta de compromisso dos pais com seus filhos, sem diminuir a grande responsabilidade que recai sobre a adolescente e/ou sua família. Também na visão de um segundo autor, é lembrado que o homem sempre participou da família como progenitor e provedor de bens, porém nem sempre como pai, sem necessidade de compromisso afetivo¹⁷.

O nível de escolaridade da maioria das gestantes estudadas (70%) mostrou-se inferior ao ensino fundamental completo, realidade que representa um sério obstáculo ao desenvolvimento pessoal e social dessas mulheres, quando deveria ser um bem, de cujo acesso estas encontram-se privadas pela sua condição de exclusão social. É sabido que o nível de escolaridade da mãe guarda uma relação com sua maior freqüência ao serviço de pré-natal. Este aspecto foi constatado, por exemplo, no município de Minas Gerais quando autores, analisando o perfil de mães de nascidos vivos do ano de 1999, afirmaram que aquelas que tinham a partir do ensino fundamental completo valorizavam mais a assistência ao pré-natal, comparecendo a mais de seis consultas, quando comparadas as que tinham grau de escolaridade menor¹⁸. A baixa escolaridade é comum à boa parte das mulheres em idade fértil do Ceará, dado afirmado pelo IBGE (2000) ao demonstrar que 26,54% das pessoas de 15 anos ou mais de idade são analfabetas, ou seja, não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples¹⁹.

A respeito do nível econômico das famílias das gestantes estudadas, este se mostrou extremamente baixo, ou seja, 90% sobrevivem com renda mensal inferior a R\$ 100,00 (cem reais). Diante desse achado, ressalta-se o papel das equipes do PSF, que têm como uma de suas atribuições prioritárias discutir com a comunidade o conceito e as formas do exercício da cidadania, bem como favorecer e estimular o desenvolvimento de ações intersetoriais. A intersetorialidade deve incluir o desenvolvimento de ações entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos de forma integrada, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis, e evitando duplicidade de meios para

fins idênticos; discutir com a comunidade o conceito de cidadania compreende uma relação dialógica com relação aos direitos e deveres do cidadão, na sociedade^{3,5}.

É importante destacar, ainda, que esse perfil social não é exclusivo das gestantes da amostra. Sua dimensão é estadual, uma vez que a taxa de pobreza no Ceará, em 1997, era de 54,11%. A renda dos 20% mais ricos superava em 21,75 vezes a dos 80% mais pobres, no mesmo ano¹⁹. Esses dados somados a outros problemas de saúde da população, como parasitoses, anemias, tabagismo e uso de outras drogas, violência doméstica, relações sociais de gênero conflituosas, produzem reflexos nas condições de saúde e de nutrição de mães e conceptos, que são problemas passíveis de serem solucionados, isoladamente, no setor saúde.

Sobre o número de gestações, os dados demonstram que 23,3% das gestantes pesquisadas eram múltiparas, quando é sabido que a multiparidade deve ser evitada, pois representa um alto risco reprodutivo. É esclarecido que após uma mulher ter tido quatro filhos, uma nova gravidez traz grandes riscos para a vida da mãe e da criança¹³. Após quatro partos o risco de anemia, hemorragia, anomalias congênitas e baixo peso ao nascer é maior e quando associado a gravidez nos extremos da idade reprodutiva, a baixa condição sócio-econômica e de escolaridade, e a problemas da baixa qualidade da assistência ao parto compromete sobremaneira as condições de saúde da mãe e do concepto. Sobre essa problemática, questiona-se: essas múltiparas não tiveram acompanhamento pré-natal na gestação anterior? Teriam tido passagem pelo serviço de saúde para uma assistência em planejamento familiar? Percebe-se, portanto, que a assistência ao planejamento familiar parece ter sido negligenciada, realidade que vem ao encontro da real fragmentação pela qual vem passando os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em geral.

A maioria das gestantes pesquisadas (86,7%) não havia planejado a gravidez, fato que permite reafirmar existência de dificuldade de acesso ao planejamento familiar, ação básica a ser oferecida pelas equipes de PSF, inclusive determinada na Norma Operacional da Assistência (NOAS 01/2001).

Sobre o grau de satisfação das mulheres com relação ao estado gravídico, 22 (73,4%) das gestantes

pesquisadas encontravam-se muito satisfeitas, apesar da falta de planejamento da gravidez por parte de 26 (86,7%) delas. A esse respeito, afirmam-se que a porcentagem de gravidez indesejada é subestimada, porque a grande maioria das mulheres acaba aceitando a gravidez, ainda que esta tenha ocorrido sem o devido planejamento, fato que se atribui, certamente, ao instinto natural de proteção à maternidade, reforçado pela presença do concepto no seio materno¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face dos dados analisados, conclui-se sobre a necessidade das equipes de saúde da família planejarem suas ações voltadas à saúde materno-infantil com base na realidade sócio-econômica e cultural das gestantes, implementarem medidas intersetoriais de impacto na melhoria das condições de vida dessas mulheres sob pena de não obterem resultados satisfatórios na qualidade de saúde de mãe e concepto. Por outro lado, ficou evidenciada a importância de se integrar às ações de planejamento familiar a assistência pré-natal e vice-versa.

Essa realidade, encontrada no universo estudado, leva a compreensão de que, para se garantir a saúde de gestantes e bebês não será suficiente apenas que se verifique a pressão arterial, que se faça a mensuração da altura uterina, que se inspecione presença de edema ou que se garanta os exames laboratoriais, mas que seja delineada uma assistência integral à mulher, embasada no seu contexto de vida a partir de uma ação conjunta das várias instâncias do sistema municipal, com participação e inclusão social. O que pareceu foi que, apesar de uma década de implantação do PSF, suas diretrizes permanecem bem mais como recomendações básicas aos que lidam no nível primário da atenção, necessitando de sua efetivação na prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendes, EV et al. A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do Projeto Neoliberal. In: _____. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.

1. de. 3ª ed. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 1995. cap. 1, p. 19-89.
2. Starfield, B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992, 73p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: MS; 1997.
4. Lima, SB. Subjetividade e concepções de educação em saúde na unidade básica de saúde: uma análise “visual-dialógica”. [dissertação de Mestrado]. Fortaleza Ce: Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Ceará, 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar. Brasília: MS; 2000. 19p.
6. Rezende, J. Obstetrícia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1974.
7. Neme, B, Marretti. Assistência pré-natal. In: _____. Obstetrícia básica. São Paulo: Sarvier; 1995, cap. 15, p. 106-116.
8. Trentini, M, Paim, L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Editora da UFSC; 1999. p. 82.
9. Cruz Neto, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo, M. C. de S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 1995, cap.3. p. 51-66.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília; 2001.
11. Ceará. Secretaria da Saúde. Núcleo de epidemiologia: célula de vigilância epidemiológica. Fortaleza: SESA-CE; 2000.
12. Santos Júnior, JD. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. In: Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 223 – 229.
13. OMS; UNICEF; e UNESCO. Medidas vitais: um desafio de comunicação. Brasília: 1998. 80p.
14. Diaz, J, diaz, M. Contracepção na Adolescência. In: Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. p. 249 – 257.
15. Figueró, AC. Condições de vida e saúde reprodutiva de adolescentes residentes na comunidade de Roda de Fogo, Recife. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2002; 2(3): 291-302.
16. Caridade, A. O adolescente e a sexualidade. In: Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Brasília: MS; 1999. p. 206 – 212.
17. Souza, SL. O papel do pai. In: Obstetrícia psicossomática. São Paulo: Atheneu; 1997, cap. 6. p. 62 – 70.
18. Albuquerque, WA, Menezes, SS, Santana, HS. Análise do perfil das mães dos nascidos vivos em Carbonita, Minas Gerais no ano de 1999, pelo estudo dos dados do “SINASC”. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2001; 1(2) :137-143.
19. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [online]. [acessado em: 10 out. 2001]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>

RECEBIDO: 06/04/04

ACEITO: 20/07/04